

**ANMELDUNG zur  
Aufbauausbildung Gewaltfreie Kommunikation nach  
Marshall B. Rosenberg 2023** (Kurs-Nr. 231-120)

**Zeitraum:** Fr/Sa 17.-18.03. / 12.-13.05. / 21.-22.07.23, 09:00-17:00 Uhr

**Ausbildungsgebühren:** 650,00 €.

Name:.....Vorname:.....

Straße:..... PLZ Ort:.....

Tel:..... geb.am:.....

Mobil:.....E-Mail:.....

Voraussetzung: mindestens 14 Seminartage bei einem zert. Trainer / einer zert. Trainerin):  
.....

Der Vertrag wird mit Eingang der Anmeldebestätigung wirksam.

**Die beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen werden anerkannt.**

Der Kurs ist so ausgelegt, dass eine Teilnahme nur an einzelnen Wochenenden nicht möglich ist.

---

Ort, Datum Unterschrift: Teilnehmer:in

**Abbuchungserklärung**

Die Raten/der Gesamtbetrag werden/wird per Abbuchungserklärung vom Hospitalhof Stuttgart/Evang. Bildungswerk abgebucht. Ich bin mit der Abbuchung

- des Gesamtbetrages bzw.
- der jeweiligen Rate von meinem Konto einverstanden.

Bitte dann beiliegendes SEPA-Formular ausfüllen und unterschrieben an uns zurücksenden.

**Alternativ:**

- Ich überweise den Gesamtbetrag auf das angegebene Konto

Unsere Kontoverbindung:

IBAN DE97520604100000400130, BIC GENODEF1EK1

Vermerk: 232-120 GfK-Aufbau-Ausbildung

Die Kosten werden als Gesamtbetrag eine Woche vor Beginn von uns abgebucht.

**Bitte senden an:** Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart, Büchsenstr. 33, 70174 Stuttgart,  
Tel. 0711 / 2068-150, Fax 0711 / 2068-327, E-Mail: info@hospitalhof.de. www.hospitalhof.de

**Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart**  
**Büchsenstr. 33**  
**70174 Stuttgart**



## **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000058703

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der ersten Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug noch mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom. Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber:in)

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Kreditinstitut Name

---

BIC

---

DE  
IBAN

---

Datum/Ort und Unterschrift