

ANMELDUNG

zur Fortbildung: Die CARISMA Auftritts-Akademie (Kursnummer 182-198)

Zeitraum: Fr-Sa 11./12.01.19 / Sa 23.02. / 30.03. / 04.05. / 25.05. /
Fr-Sa 28./29.06.19
Fr 16:00-20:30 Uhr, Sa 09:30-17:00 Uhr.

Gebühren: bei Zahlung vorab: 1290,00 € bzw.
1190,00 € Frühb. bis 11.12.18
Bei Zahlung in drei Raten: 1350,00 bzw.
1250,00 € Frühb. bis 11.12.18
(2 Raten á 450,00 €, 3. Rate 450,00 € bzw. 350,00 € bei
Frühb.)
1. Rate: 01.01.19
2. Rate: 15.03.19
3. Rate: 01.06.19

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

Straße:.....PLZ Ort:.....

Tel./Fax:.....geb.am:.....

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

Ort, Datum Unterschrift: Teilnehmer/in

Der Vertrag wird mit Zusendung einer Anmeldebestätigung wirksam.
Die beigelegten Allgemeinen Geschäftsbedingungen werden anerkannt.

Abbuchungserklärung

Die Raten/der Gesamtbetrag werden/wird per Abbuchungserklärung vom Evang.
Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart 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 zur Fälligkeit der Rate/
- ☐ den Gesamtbetrag vorab auf das angegebene Konto

Unsere Kontoverbindung:

IBAN DE97520604100000400130, BIC GENODEF1EK1, Vermerk: 182-198
CARISMA Auftritts-Akademie

Bitte senden an: Evang. Bildungszentrum Hospitalhof, Büchsenstr. 33, 70174 Stuttgart

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 (KontoinhaberIn)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

DE
IBAN

Datum/Ort und Unterschrift