

ANMELDUNG

zur Fortbildung: **Die CARISMA Auftritts-Akademie** (Kursnummer 201-134)

Zeitraum:

Fr-Sa 07./08.02.20 / Sa 29.02. / 28.03. / 25.04. / 09.05. / Fr-Sa 19./20.06.20

Fr 16:00-20:30 Uhr, Sa 09:30-17:00 Uhr

Gebühren:

bei Zahlung vorab: 1450,00 € bzw.

Bei Zahlung in drei Raten: € 1500,00 €)

(drei Raten à 500,00 €)

1. Rate: 20.01.20 / 2. Rate: 20.03.20 / 3. Rate: 20.05.20

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 beigefügten 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: 201-134

CARISMA Auftritts-Akademie

Die Ausbildungskosten werden zur jeweiligen Fälligkeit der Rate oder 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