Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung
gemeinnützige GmbH

Anmeldevertrag

Qualitätsauditor*in im Sozial- und Gesundheitswesen (KA)

Lehrgangstermin: 01.02.2027-03.02.2027

Bitte legen Sie ein Passfoto für unsere Lehrgangsakte bei!

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: dienstl _____ privat _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Firma: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Schulabschluss: _____

Ausbildung zum/zur: _____ von _____ bis _____

Berufspraxis als: _____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH (www.kolping-akademie-muenchen.de) verbindlich an.

Lehrgangsgebühr: € 850,00 zzgl. 150,00€ Prüfungsgebühr

Wie wir Ihre personenbezogenenen Daten verarbeiten, entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter "Informationen nach DS-GVO".

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die AGB gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Gewünschte Zahlungsart:

☐ Überweisung des Gesamtbetrages nach Rechnungsstellung an o.g. Teilnehmer*in

☐ Überweisung des Gesamtbetrages nach Rechnungsstellung an o.g. Firma
(nur gültig mit Kostenübernahmeschreiben, andernfalls Rechnung an Teilnehmer*in)

☐ Abbuchung des Gesamtbetrages **per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren:**
(bitte füllen Sie das beiliegende **SEPA-Lastschriftmandat** aus).

Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung
gemeinnützige GmbH
Adolf-Kolping-Str. 1
80336 München

Gläubigeridentifikationsnummer	**DE40ZZZ00000479302**
Mandatsreferenz:	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN:	
BIC:	
Bank:	

Datum und Ort

Unterschrift Kontoinhaber