
Anmeldevertrag

Block B Modul 3 und Modul 4
Ergänzungskraft in bayerischen Kindertageseinrichtungen

Lehrgangstermine: **Modul 3:** 27.05.2025 - 13.01.2026

Modul 4: 27.01.2026 - 28.07.2026

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 _____

Bitte legen Sie
ein Passfoto
für unsere
Lehrgangsakte
bei!

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

- Die Zulassungsnachweise** (Lebenslauf, Nachweise Schulabschluss, Praxiserfahrung, Bestätigung Arbeitgeber, Nachweis deutsche Sprachkenntnisse B2 usw.) **liegen bei.**

Lehrgangsgebühr Modul 3 und 4: 2.984,00 €, inkl. Prüfungsgebühr

Wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter „Informationen nach DS-GVO“.

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, anderenfalls Rechnung an Teilnehmer*in)
- Monatliche Abbuchung **per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren: 12 Raten je 248,67€** (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*in):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN:	
BIC:	
Bank:	

Datum und Ort

Unterschrift Kontoinhaber*in