



Anmeldevertrag

Pädagogische Fachkraft - Block C Modul 5 Fachkraft in bayerischen Kindertageseinrichtungen

Lehrgangstermin: 05.02.2026 - 14.05.2027

Name / Vorname:	_____	Bitte legen Sie ein Passfoto für unsere Lehrgangsakte bei!
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.

- ☐ **Die Zulassungsnachweise** (Lebenslauf, Nachweise Schulabschluss, zweijährige Tätigkeit auf Ergänzungskraftniveau, Mindestalter 25 Jahre, deutsche Sprachkenntnisse B2 usw.) **liegen bei.**

Lehrgangsgebühr Modul 5: 4.050 €, 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 337,50€**
(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