



## Anmeldevertrag

Lehrgangstermin: \_\_\_\_\_

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](http://www.kolping-akademie-muenchen.de)) verbindlich an.

**Lehrgangsgebühr:**

Wie wir Ihre personenbezogenen 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:**

Monatliche Abbuchung **per SEPA-Lastschriftverfahren:**

(Bitte füllen Sie das beiliegende **SEPA-Lastschriftmandat** aus.)

Abbuchung erfolgt in: \_\_\_\_\_ Raten zu \_\_\_\_\_



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

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| Gläubigeridentifikationsnummer | <b>DE40ZZZ00000479302</b> |
| 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