
Anmeldevertrag

Betrieblicher Gesundheitsmanager/in (KA)

Lehrgangstermin: 10.04.2021 – 30.04.2021

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.

Lehrgangsgebühr: 750,00 € inkl. Verpflegung

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)
- Abbuchung des Gesamtbetrages **per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren**
Bitte füllen Sie dazu 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