Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung
gemeinnützige GmbH

Anmeldevertrag

Block B Modul 3
Ergänzungskraft in bayerischen Kindertageseinrichtungen

Lehrgangstermine: **Modul 3:** 12.10.2027 - 30.05.2028

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: dienstl _____ privat _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte legen Sie ein Passfoto für unsere Lehrgangsakte bei!

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, Praxiserfahrung, Bestätigung Arbeitgeber, Nachweis deutsche Sprachkenntnisse B2 usw.) **liegen bei.**

Lehrgangsgebühr Modul 3 1.790,00 €, 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: 8 Raten je 223,75€**
(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