

Anmeldung Zertifikatskurs Therapeutisches Zaubern®

Bitte diese Seite ausgefüllt und unterschrieben faxen, mailen oder per Post schicken:
KREISEL e.V. - Ehrenbergstr. 25 - 22767 Hamburg - FAX: 040 / 38 08 67 07 - E-Mail: info@kreiselhh.de

Starttermin: _____

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Mobil

E-Mailadresse

Beruf/Tätigkeit

Ich melde mich verbindlich an

Ich beantrage einen öffentlichen Zuschuss und bitte um

Vormerkung

Vormerkung und melde mich unabhängig von der Bewilligung verbindlich an

Maximale Vormerkung bis 4 Wochen vor Starttermin (oder nach Absprache)

Rechnungsstellung

Zweimonatlicher Ratenzahlungsplan per SEPA-Lastschriftinzug (Standardzahlung) oder Einmalzahlung für das Schnupperseminar.

<input type="checkbox"/> Gesamter Kurs (Ratenzahlungsplan) Module 1-4	Kosten + Materialpaket	1.080€ + 25€
<input type="checkbox"/> Schnupperseminar (Einmalzahlung) Modul 1	Kosten + Materialpaket	270€ + 25€
<input type="checkbox"/> Modul 2-4 (Ratenzahlungsplan)	Kosten	810€

Rechnungsempfänger (falls abweichend von Teilnehmer_in)

Ansprechpartner_in/Firma

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mailadresse

Telefonnummer

Ich fülle dieses Formular freiwillig aus und habe zukünftig das Recht, meinen erhobenen Daten zu widersprechen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung des KREISEL e.V. an:

x

Datum/Unterschrift

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Übernahme personenbezogener Daten (siehe §8 AGB):

x

Datum/Unterschrift

An den
KREISEL e.V
Ehrenbergstraße 25
22767 Hamburg

Lastschriftmandat

für beiliegende Anmeldung zum Lehrgang _____

Kursstart am: _____. Das Mandat endet mit dem Ablauf des Ausbildungszeitraums.

KREISEL e.V., Ehrenbergstr. 25, 22767 Hamburg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00002243653

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (TN-Kdnr.): _____ (wird vom KREISEL e.V. ausgefüllt!)

Für Teilnehmer_in: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den KREISEL e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von KREISEL e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte in leserlichen Druckbuchstaben ausfüllen:

Vorname, Nachname (Kontoinhaber_in)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IBAN

BIC



Ort, Datum, Unterschrift (Kontoinhaber_in)

Schicken Sie dieses Mandat mit der Anmeldung in digitaler Form an info@kreiselhh.de