

Anmeldung

Bitte **pro** Teilnehmer/-in **eine** Anmeldung ausfüllen.
Fax: (030) 90295-1701

Volkshochschule Pankow

Schulstraße 29
13187 Berlin

Frau Herr Titel

Familienname

Vorname

c/o

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Mobil

Fax

Geburtsdatum*

* freiwillige Angabe

Ich bekomme eine Ermäßigung.

Bitte Kopie des **aktuellen Nachweises** beifügen.
Ermäßigungsberechtigt sind Empfänger/-innen von Sozialhilfe/Grundsicherung, Sozialgeld, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Asylbewerberleistungen, Kinderzuschlag sowie Schüler/-innen, Student(inn)en, Wehr- und Bundesfreiwilligendienstleistende, Auszubildende, Schulabgänger/-innen, Praktikant(inn)en und BerlinPass-Inhaber/-innen.

Ich melde mich für den kostenlosen **Newsletter**

der Berliner Volkshochschulen an und erhalte regelmäßig per E-Mail aktuelle Veranstaltungstipps und Kursangebote (bitte E-Mail-Adresse angeben).

Ich melde mich für die folgenden Kurse verbindlich an:

Kursnummer	Kurstitel	Entgelt (EUR)

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Volkshochschuldatenbank erkläre ich mich einverstanden. Die gesetzlichen Grundlagen und die Bestimmungen des Berliner Datenschutzbeauftragten werden bei der Verarbeitung meiner Daten beachtet. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Berliner Volkshochschulen.

Datum

Unterschrift Teilnehmer/-in bzw. gesetzliche/r Vertreter/-in

Land Berlin, vertreten durch die Bezirksamter, Gläubiger ID: DE02BEZ00000026026
Die Mandatsreferenz entnehmen Sie bitte der Anmeldebestätigung/Rechnung.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Berliner Volkshochschulen wider-ruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Berliner Volkshochschulen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Berliner Volkshochschulen 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.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Dieses Mandat gilt für den/die o.g. Teilnehmer/-in und wird

einmalig

mehrmalig erteilt.

Girokontoinhaber/-in

Familienname und Vorname / Firmenbezeichnung

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN (können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen)

BIC

Datum

Unterschrift Girokontoinhaber/-in