



Anmeldung Musikgarten Dommusik

Dommusik Speyer
Geschäftsstelle
Hasenpühlstr. 33b
67346 Speyer
Tel: 06232/10093-10
Fax: 06232/10093-19
dommusik@bistum-Speyer.de

GESCHWISTERKIND ☐

KITAPLATZ ja ☐ nein ☐ ab: _____

Hiermit melde ich meinen Sohn/ meine Tochter verbindlich an.

(Name, Vorname des Kindes)

(Geb. Datum)

(Name, Vorname des Erziehungsberechtigten)

(Konfession des Kindes)

(Straße, PLZ, Ort)

(Telefon Festnetz / Mobil)

(E-Mail)

Kurszeiten (bitte alle Möglichkeiten ankreuzen, die für Sie in Frage kommen)

Kurse für ein Kind gemeinsam mit einem Elternteil ab dem Alter von 12 Monaten bis ca. 2 Jahren:

☐

Donnerstag: 9:30 Uhr

☐

Donnerstag: 10:15 Uhr

Kurse für Kinder ab ca. 2 bis 4 Jahren gemeinsam mit einem Elternteil:

☐

Montag: 15:00 Uhr

☐

Montag: 15:40 Uhr

☐

Dienstag: 16:30 Uhr

☐

Dienstag: 17:15 Uhr

☐

Donnerstag: 15:00 Uhr

☐

Donnerstag: 15:40 Uhr

☐

Donnerstag: 16:20 Uhr

Bemerkungen _____

Bitte beachten Sie unsere aktuellen Kursinformationen.

Einverständniserklärung zur Nutzung von Foto-, Ton- und Filmaufnahmen

Die Dommusik Speyer darf Foto-, Ton- und Filmaufnahmen meines Kindes, die im Rahmen der Auftritte des Chors, im Unterricht oder bei Ausflügen gemacht werden, für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit (Jahresbericht, Werbematerialien, Homepage u.ä) verwenden.

Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme
--

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Domkapitel Speyer Dommusik Hasenpfuhrstr. 33b 67346 Speyer

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE52ZZZ00000227565
--

[Mandatsreferenz]

Kursteilnehmer:

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] Domkapitel Speyer

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] Domkapitel Speyer

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC ¹

IBAN DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
