

Anmeldung

Ich melde mich

Rathausplatz 1
30823 Garbsen
Tel.: 05131-707 301/262
Fax: 05131-707 300
e-mail: musik-kunstschule@garbsen.de

Name

Vorname

Straße

Plz.

Wohnort

Telefon

email

zum Kurs

STEPPTANZ

verbindlich an.

Do. 18:00-19:00 Uhr (Monatliche Gebühr: 20,00 €) ☐

Do. 19:00-20:00 Uhr (Monatliche Gebühr: 20,00 €) ☐

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Kurse finden im Musikraum der Grundschule Havelse statt.

Ich erkenne die in der jeweils gültigen Schul- und Gebührenordnung der Musikschule festgelegten Unterrichtsbedingungen an.

Der **Jahresbeitrag** wird ☐ monatlich ☐ vierteljährlich **abgebucht** (gem. anliegender Einzugsermächtigung).

Der **Jahresbeitrag** wird ☐ monatlich ☐ vierteljährlich **überwiesen**.

☐ Ich/Wir erkläre(n) mein/unser Einverständnis, dass die Ergebnisse von Aktivitäten (Foto-, Film-, Video- und Tonaufzeichnungen), auf denen ich/wir/unsere Tochter/unsere Sohn klar zu erkennen bin/sind/ist, im Rahmen schulischer Veranstaltungen und für schulische Zwecke, insbesondere in Publikationen wie Zeitung, Schulchronik, Internet-Homepage, Videofilmen und Multimedia-Produktionen der Musik- und Kunstschule der Stadt Garbsen veröffentlicht werden.

Ich (Wir) erkenne(n) die in der jeweils gültigen Schul- und Gebührenordnung der Musik- und Kunstschule festgelegten Unterrichtsbedingungen an.

Die Erhebung der o.g. personenbezogenen Daten erfolgt zum Zwecke der vertraglichen Abwicklung auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO. Meine im Rahmen dieses Zwecks erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) verarbeitet. Jede der bei den einzelnen Kontaktinformationen getroffenen Einwilligungen kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Weitere Informationen habe(n) ich/wir dem beigelegten Informationsblatt Datenschutz entnommen.

Ort und Datum

Unterschrift (bei Nichtvolljährigen die des/der Erziehungsberechtigten)

(Vermerk)

(Sachbearbeiter)

Gläubiger-ID: DE0910000000229891

Stadt Garbsen
Team Zahlungsverkehr
Rathausplatz1
30823 Garbsen

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die Stadt Garbsen widerruflich, **zukünftige** Forderungen von meinem Girokonto bei:

Kreditinstitut : _____
BIC/SWIFT Code : _____
IBAN : _____

Im Lastschriftverfahren (Bankbuchung) einzuziehen.

Kassenzeichen

evtl. abweichende/r Kontoinhaber/in

Straße Hausnummer abweichende/r Kontoinhaber/in

PLZ, Ort abweichende/r Kontoinhaber/in



Dies gilt auch für alle rückständigen Forderungen unter diesem Kassenzeichen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Stadt Garbsen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Garbsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Kosten, die durch Nichteinlösung (z.B. mangelnde Deckung, Widerspruch) entstehen, gehen zu meinen Lasten.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift