

Anmeldung Malunterricht

Vor und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Anschrift Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kontakt Tel- E-maile: \_\_\_\_\_

❖ Unterricht: 90 Min. pro Woche.

❖ Unterrichtsgebühr: 40 € pro Monat.

Mit dieser Anmeldung kommt ein Vertrag zustande.

Der Monatsbeitrag wird per **SEPA-Lastschrift** jeweils zum 1. des Monats vom Konto abgebucht. In der Kursgebühr sind keine Materialkosten enthalten.

Kündigung oder Anmeldung müssen schriftlich erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Monatsende.

Eine Haftung für Schäden oder Verlust von privatem Eigentum der Schüler wird nicht übernommen. Für Personenschäden während des Unterrichts sowie auf dem Hin- und Rückweg zum Unterricht haftet Frau Nonna Bitter nicht.

Ich behalte mir vor, die in den Kursen entstandenen Arbeiten sowie Personenfotos und Videos auszustellen und für Veröffentlichungen zur verwenden, so dass die Kinder ihre Werke nicht immer bzw. nicht immer sofort mit nach Hause nehmen können.

Mit Ihrer Unterschrift akzeptiere Sie die Allgemeine Geschäftsbedingungen

der Galerie & Malwerkstatt Nonna.art

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / der Erziehungsberechtigte(r)

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA -Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Nonna Bitter

Straße und Hausnummer: Bahnhofstraße 1

Postleitzahl und Ort: 47546 Kalkar

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ART00001404988 Mandatsreferenz:

---

## **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den VFN widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unser Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VFN auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

---

## **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger VFN Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VFN 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.

**Zahlungsart:**      Wiederkehrende Zahlung                      Einmalige Zahlung

**Name und Anschrift des/des zahlungspflichtigen Mitgliedes/Mitglieder:**

\_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Abweichender Kontoinhaber: (nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber und Mitglied/er nicht identisch sind) \***

\_\_\_\_\_

**IBAN (max. 22 Stellen):** \_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschrift des Zahlungspflichtigen**

**oder Unterschrift des Kontoinhabers \***