Musikschule
Schwalm-Eder Nord e.V.
Mitglied im VdM
Geschäftsstelle: Bahnhofstraße 2, 34212 Melsungen,
Telefon: 05661/2050, Fax: 05661/2811
Internet: www.musikschule-schwalm-eder-nord.de
E-Mail: info@musikschule-schwalm-eder-nord.de

Anmeldung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Mandatsreferenz: _____

Name der Schülerin/des Schülers | Vorname | Geburtsdatum

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten | E-Mail-Adresse der/des Erziehungsberechtigten

Postleitzahl | Ort | Straße | Telefon

Handy-Nr.:_____

(Wir bitten Sie um Angabe Ihrer Mobil-Nummer, damit wir bei notwendigem Unterrichtsausfall alle Schüler/innen bzw. Erziehungsberechtigte gleichzeitig per SMS schnell informieren können. Bei Nichtangabe kann dies zeitnah so nicht garantiert werden.)

☐ **Eltern-Kind-Gruppe**

☐ **Musikalische Früherziehung**

☐ **Ensemble/Orchester/Chor**

☐ **Instrumentalunterricht im Fach**.....

☐ **Einzelunterricht** ☐ 30 Minuten ☐ 45 Minuten

☐ **Gruppenunterricht** ☐ 30 Minuten ☐ 45 Minuten

☐ Ich brauche ein Mietinstrument

Unterrichtstag und Unterrichtszeit.....

Lehrer/in.....

Hat/hatte der/die Schüler/in bereits Unterricht an der Musikschule? (Ggf. bitte Fach und Dauer angeben)

.....

Erhalten Geschwister an der Musikschule Unterricht? (Bitte den Namen angeben): .....

☐ Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass Fotografien von mir und/oder meinem/n Kind/-ern, im Sinne von § 22 KunstUrhG im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit auf der Internetseite der Musikschule Schwalm-Eder Nord e. V. und in Print-Medien verwendet werden dürfen. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Ich erkenne die in der Schul- und Entgeltordnung festgelegten Unterrichtsbedingungen an. Die Einteilung der Gruppen erfolgt nach pädagogischen Gesichtspunkten und richtet sich nach der Zahl der Anmeldungen. Mir ist bekannt, dass im Zusammenhang mit der Anmeldung stehende Daten auf Datenträger gespeichert werden. Das Entgelt wird monatlich von meinem Konto abgebucht.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**

Einzugsermächtigung:

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

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	**Name des Kreditinstitutes**

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D	E																			

BIC (8 oder 11 Stellen):

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**