



Anmeldeformular Sprachkurs

Kursteilnehmer/ -in:

Name, Vorname : _____
Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____
Straße : _____ Nr. : _____
PLZ : _____ Ort : _____
Telefon : _____
Beruf : _____

Sprachkurs

Deutsch Türkisch Arabisch

Kursdauer von _____ bis _____ Kursgebühr-monatlich: _____

Anmeldender/ Erziehungsberechtigte

Name, Vorname : _____
Beruf/Firma : _____
Telefon : _____
Handy : _____
Adresse : _____
PLZ : _____ Ort: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Verein „Bildungs- & Interkulturelles Zentrum e.V. (BiZ e.V.)“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von BiZ e.V. 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.

Kontoinhaber : _____
Geldinstitut : _____
BIC : _____
IBAN : _____
Mandatsreferenz : _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift d. Kontoinhaber/ in

.....
Leiter/in vom BiZ e.V.