

## Anmeldevertrag

### Fachwirt/in Erziehungswesen (KA)

Lehrgangstermin: 11.10.2024 – 04.10.2025

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: dienstl. \_\_\_\_\_ privat \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausbildung zum/zur: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Berufspraxis als: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie  
ein Passfoto  
für unsere  
Lehrgangsakte  
bei!

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kolping Akademie für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH ([www.kolping-akademie-muenchen.de](http://www.kolping-akademie-muenchen.de)) verbindlich an.

- Die Zulassungsnachweise ((Sonder-)Anerkennung, Berufserfahrung, Lebenslauf) liegen bei.

**Lehrgangsgebühr: 2.640,00 €, inkl. Prüfungsgebühr**

Wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter „Informationen nach DS-GVO“.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### Gewünschte Zahlungsart:

- Überweisung des Gesamtbetrages nach Rechnungsstellung an o.g. Teilnehmer\*in  
 Überweisung des Gesamtbetrages nach Rechnungsstellung an o.g. Firma  
(nur gültig mit Kostenübernahmeschreiben, anderenfalls Rechnung an Teilnehmer\*in)  
 Monatliche Abbuchung **per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren: Raten zu 220 €**  
(bitte füllen Sie das beiliegende **SEPA-Lastschriftmandat** aus).

Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung  
gemeinnützige GmbH  
Adolf-Kolping-Str. 1  
80336 München

Gläubigeridentifikationsnummer	<b>DE40ZZZ00000479302</b>
Mandatsreferenz:	

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kolping-Akademie für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber*in):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN:	
BIC:	
Bank:	

Datum und Ort

Unterschrift Kontoinhaber\*in