

## Anmeldung

Schülerin/Schüler	Erziehungsberechtigte/r
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
geb. am: _____	Straße: _____
Kindertagesstätte/Schule: _____	PLZ: _____ Wohnort: _____
_____	Telefon: _____
_____	Email: _____

Befindet sich bereits ein Familienmitglied im Instrumentalunterricht?  Ja  Nein

Ist o.a. Schülerin/Schüler Mitglied im Musikverein?  Ja, im Musikverein \_\_\_\_\_

### Unterrichtsangebot:

<u>Kreismusikschule</u>	<u>Kreismusikverband</u>	<u>Kreis-Chorverband</u>
<b>Musikalische Früherziehung (MFE)</b>	<b>Tasteninstrumente:</b> Akkordeon	<b>Gesang</b>
<b>Vorinstrumentalunterricht</b>	<b>Holzblasinstrumente:</b> Oboe, Klarinette, Saxophon	Vorinstrumental-
<b>Tasteninstrumente:</b> Klavier, Keyboard	<b>Blechblasinstrumente:</b> Trompete/Flügelhorn, Horn	unterricht
<b>Zupfinstrumente:</b> Gitarre, E-Gitarre, E-Bass	Euphonium/Tenorhorn/ Bariton, Posaune, Tuba	
<b>Streichinstrumente:</b> Violine, Viola, Violoncello, Kontrabass		
<b>Holzblasinstrumente:</b> Blockflöte, Querflöte	<b>Schlaginstrumente</b>	

### **Die Schülerin/der Schüler soll ausgebildet werden in (bitte ankreuzen):**

Musikalische Früherziehung (4-5jährige Kinder)  Vorinstrumentalunterricht vornehmlich Blockflöte (6-7jährige Kinder)

Vorinstrumentalunterricht Gesang (6-7jährige Kinder)

Instrumentalunterricht: \_\_\_\_\_  Gesang  Ingrid Wagner (Klassik/Musical/Pop)

(gewünschtes Instrument)

45 Minuten Einzelunterricht  Thomas Siessegger (Rock/Pop)

30 Minuten Einzelunterricht\*

20 Minuten Einzelunterricht\*

### **\*Kombinierter Einzel- und Gruppenunterricht**

Kombinierter Einzel- und Gruppenunterricht bedeutet, dass dieses Unterrichtsmodell der Lehrkraft (nach Absprache) die Möglichkeit bietet eine flexible Einzel- und Gruppenunterrichteinteilung vorzunehmen.

#### **vornehmlich Blockflöte**

4/5er Gruppenunterricht von 45 Minuten  4/5er Gruppenunterricht von 60 Minuten

6er Gruppe und mehr Schüler, 60 Minuten

Die Schul- und Entgeltordnung erkenne/n ich/wir rechtsverbindlich an.  
 Zahlung ist nur per Bankeinzugsverfahren möglich (Entgeltordnung Punkt IV.) !

\_\_\_\_\_  
 (Datum, Unterschrift)

Ansprechpartner: Frau Meier      Telefon 06571/142398 (Fax: 06571/1442398)  
 Herr Ruppenthal      Telefon 06571/142427 (Fax: 06571/1442427)



**Allgemeine Öffnungszeiten:**  
 Mo.-Fr.: 8<sup>00</sup> - 12<sup>00</sup> Uhr  
 Mo.: 14<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup> Uhr  
 Do.: 14<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup> Uhr  
 und nach Vereinbarung

**Bürgerservice:**  
 Öffnungszeiten:  
 Mo.-Do.: 7<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup>  
 Fr. 7<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>

**Kontakte:**  
 Tel.: (0 65 71) 14 - 0  
 Fax: (0 65 71) 14 - 2500  
 E-Mail: [Info@Bernkastel-Wittlich.de](mailto:Info@Bernkastel-Wittlich.de)  
 Internet: [www.Bernkastel-Wittlich.de](http://www.Bernkastel-Wittlich.de)

**Bankverbindungen:**  
 Sparkasse Mittelmosel Eifel-Mosel-Hunsrück  
 (BLZ 587 512 30) Kto. 600 151 38  
 BIC: MALADE51BKS IBAN: DE19587512300060015138  
 Vereinigte Volksbank Raiffeisenbank eG (BLZ 587 609 54) Kto. 36 00 3



# SEPA – Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

<b>Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:</b> Landkreis Bernkastel-Wittlich Kreisverwaltung (Musikschule)	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</b> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> Kurfürstenstraße 16	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> 54516 Wittlich	<b>Land / Country:</b> Deutschland
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier</b>  D E 7 1 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 2 5 9 4	
<b>Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):</b>	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p>	
<b>Zahlungsart / Type of payment:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:</b>	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address</b> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b>	<b>Land / Country:</b>
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):</b>	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):</b>	
<b>Ort / Location:</b>	<b>Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):</b>
<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:</b>	