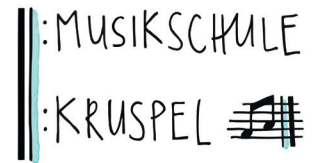


# Anmeldung Elementarunterricht



- Musikgarten (Kinder im Alter von 12 Monaten bis 4 Jahren)  
Ehingen  Mo.  Di. Allmendingen  Do.  Fr. (bitte alle möglichen Tage ankreuzen)
- Musikalische Früherziehung in Allmendingen (Kinder im Alter ab 4 Jahren)

Vorname & Name SchülerIn	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Vorname & Name Erziehungsberechtigte	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>		
Anmerkungen	<input type="text"/>		

Die Unterrichtsbedingungen und Gebührenordnung habe ich erhalten und erkenne diese mit der Anmeldung an. Außerdem willige ich der Verwendung meiner angegebenen Daten (siehe Merkblatt „Datenschutzhinweise“) zur internen Verwaltung durch die Musikschule Kruspel ein.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Musikschule Kruspel im Unterricht und ihren übrigen Veranstaltungen Bild- und Tonaufzeichnungen herstellt und diese für den Eigenbedarf sowie für ihre Selbstdarstellung verwendet. Eine Vergütungsverpflichtung besteht nicht. Dies gilt auch für Bild- und Tonaufzeichnungen der Medien. Die Einwilligung zur Verwendung von Bild- und Tonaufzeichnungen kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Eine Widerrufserklärung ist dabei an die unten genannte Adresse zu richten. Der Widerruf gilt ab Abgabe für die Zukunft, die bisherige Verarbeitung bleibt gültig.

Ort, Datum	<input type="text"/>
Unterschriften aller Erziehungsberechtigten	<input type="text"/>

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Musikschule Kruspel, Bergstraße 28, 89604 Allmendingen, Telefon 07391/752789, info@musikschule-kruspel.de, Gläubiger-Identifikationsnummer DE22MSK00002358807.

Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt. Ich ermächtige die Musikschule Kruspel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Musikschule Kruspel 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.

Vorname & Name Zahlungspflichtiger	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Name des Kreditinstituts	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>

Unterschrift Kontoinhaber	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------