



Deutscher Kinderschutzbund
Ortsverband Troisdorf-Niederkassel e.V.
Institut für Lernförderung

die lobby für kinder



NIEDERKASSEL
1976

ANMELDEFORMULAR FÜR HAUSAUFGABENBETREUUNG **EV ÖDEVLERİ DERSİ BAŞVURU FORMU**

SCHÜLER/IN / ÖĞRENCİ

Name / Soyadı	
Vorname / Adı	
Geburtsdatum / Doğum tarihi	
Straße, Ort / Sokak, Şehir	
Telefon / Telefon	
Mobil-Telefon / Cep-telefonu	

ELTERN / ERZIEHUNSBERECHTIGTE / VELİ

Name / Soyadı	
Vorname / Adı	

Ich / wir melden den/die oben genannte Schüler/in für die Hausaufgabenbetreuung für das Schulhalbjahr ab dem/...../..... verbindlich an. Die Kosten betragen 50.- €/Monat und werden mittels Lastschriftverfahren von meinem/unserem Konto eingezogen. Eine Kündigung dieser Vereinbarung ist nur aus wichtigem Grund (z.B. Umzug; Krankheit) möglich.

Yukarıda adı ve soyadı belirtilmiş olan velisi olduğum öğrenciyi/...../..... de başlayan 1.Dönem / 2.Dönem ev ödevleri kursuna kayıt ettirmek istiyorum. Belirtilen kurs ücretini ekte belirtilmiş olan 50 euro Banka hesabımdan çekilmesini onaylıyorum. Kurstan sadece önemli durumlarda (hastalık, taşınma vb.) ayrılmayı taahhüt ediyorum.

Ort, Datum
Şehir, Tarih

Unterschrift der Erziehungsberechtigten
Velinin İmzası

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutscher Kinderschutzbund Troisdorf-Niederkassel e.V. Institut für Lernförderung Rhabarberweg 4 53859 Niederkassel	<input type="radio"/> Einmalige Zahlung <input type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung
--	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]	[Mandatsreferenz]
--	-------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] DKSB Troisdorf-Niederkassel

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] DKSB Troisdorf-Niederkassel

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC1	IBAN DE
------	-------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers