

Schule für Musik
im Kreis Warendorf e.V.
Geschäftsstelle
Waldenburger Straße 2
48231 Warendorf

Zi. C 0.92
Tel. 02581-534307
Fax 02581-534399
info@schulefuermusik-waf.de
www.schulefuermusik-waf.de

Anmeldung zur Musiktherapie

(nur möglich nach Vorgespräch mit Frau Skuplik)

- ☐ Depression & Ängste
- ☐ Essstörung
- ☐ Chor „Singen gegen das Vergessen“

Kontakt: Ursula Skuplik

Mail: ursula.skuplik@schulefuermusik-waf.de

Kosten:

Depression & Ängste/Essstörung auf Anfrage

Chor „Singen gegen…“: 35€ (incl. Begleitperson)

Lehrkraft
Ursula Skuplik

Unterrichtsort (Depression & Ängste, Esstörung)
Musikschulgebäude, Herrmannstr. 23

Unterrichtsort (Chor „Singen gegen das Vergessen“)
„Haus der Begegnung“, Im Drubbel 22, Ennigerloh oder Von-Galen-Haus, Ennigerloher Str. 5, Oelde

Angaben zur Person:

Name, Vorname

Geb.-Datum

☐ männlich ☐ weiblich

Straße

PLZ / Ort / Ortsteil

Zur besseren Erreichbarkeit geben Sie uns bitte auch Ihre Handy-Nr. und E-Mail Adresse an.

Tel. /Handy vormittag/nachmittag

E-Mail

Mit meiner Unterschrift...

...erkenne ich die Schul- und Schulgeldordnung der Schule für Musik im Kreis Warendorf e.V. in der jeweils gültigen Fassung als rechtsverbindlich an.

...erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Daten an die Lehrkraft weitergegeben werden.

...stimme ich zu, dass Bild- und Tonaufnahmen meines Kindes/meiner Kinder, die bei Veranstaltungen der Schule für Musik entstanden sind, veröffentlicht werden dürfen (ohne vollständige Namensnennung, max. Vorname).

...bestätige ich, das 14-tägige Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen zu haben (beginnend mit dem Datum des Poststempels). Einzelheiten zum Widerrufsrecht können dem beiliegenden Schreiben entnommen werden.

Datum, Unterschrift

Zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates bitte das Formular auf der Rückseite vollständig ausfüllen.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:
Schule für Musik im Kreis Warendorf e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: **Waldenburger Straße 2**

Postleitzahl und Ort: **48231 Warendorf**

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE41ZZZ00000207296

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:
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.

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

Zahlungsart:
☐ **Wiederkehrende Zahlung** ☐ **Einmalige Zahlung**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Straße und Hausnummer:

~~Postleitzahl und Ort:~~

IBAN des zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D	E																			

BIC (8 oder 11 Stellen)

D E

Ort **Datum (TT/MM/JJJJ):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.