

# Anmeldung



**ANMELDEFOMULAR**

Anmeldung bitte senden an:

Städtische Musikschule Lörach  
Bahnhofstr. 3  
79539 Lörach

„Musik kann man  
sein ganzes Leben machen,  
man darf nur nicht vergessen,  
damit anzufangen!“



**Kulturengagement  
der Stadt Lörach**

## PERSÖNLICHE ANGABEN:

Name, Vorname des Schülers / der Schülerin

weibl.  männl.

Geburtsdatum

Name, Vorname des gesetzl. Vertreters (bei Minderjährigen)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Tel. privat

Tel. geschäftlich

E-Mail:

## ANGABEN ZUM UNTERRICHTSFACH:

bitte ankreuzen:

Babymusikgarten

Musikgarten  Teil 1  Teil 2

Musikalische Früherziehung (mein Kind besucht den Kindergarten: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Anmeldung für das Fach / Instrument

\_\_\_\_\_   
Vorkenntnisse / Vorbildung / sonstige Bemerkungen

Instrument vorhanden

Mietinstrument erwünscht

Von der Schul- und Entgeltordnung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie als rechtsverbindlich an. Ich stimme widerruflich zu, dass die Städtische Musikschule Lörrach fotografische/filmische Aufnahmen meines Kindes/meiner Kinder zu Informations- und Gestaltungszwecken (Homepage, Facebook, Flyer, Plakate, Bildaushang) verwenden darf. Mit der Zusendung per Mail des Newsletters bin ich einverstanden.

Zum Zustandekommen und zur Durchführung des beauftragten Unterrichts ist es notwendig, dass wir Ihre Kontaktdaten (Telefonnummern und E-Mail-Adressen), sowie Alter und ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse des Schülers / der Schülerin an Dritte (ausschließlich unseren Lehrkräften) weitergeben. Mit meiner Unterschrift stimme ich widerruflich der Weitergabe meiner Kontaktdaten an Lehrkräfte der Städtischen Musikschule zu.

Ort, Datum

Unterschrift Vor- und Zuname (ggfs. gesetzl. VertreterIn)

## ZAHLUNGSWEISE:

bitte ankreuzen:

Ich zahle per Überweisung/Dauerauftrag

Ich erteile ein SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46LOE00000064034

Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtigen die Stadt Lörrach, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Lörrach auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift/en einzulösen.

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.

Name Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Kreditinstitut

IBAN (22 Stellen in Deutschland)

BIC (11 Stellen in Deutschland)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Interne Bearbeitungsvermerke:

5.0288.