



CIRCUSSCHULE DON MEHLONI

53426 Königsfeld
Hauptstrasse 40
01712726927

Ich melde mich/ meine/n Tochter/ Sohn: _____ Geb. _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ für den Kurs (Wochentag/Uhrzeit) _____

e-mail :

in der **CIRCUSSCHULE DON MEHLONI**

ab: 01. ____ . ____ verbindlich an.

Die Kursgebühr beträgt 50 € für Kinder und 60 € für Erwachsene im Monat.
Die Kursgebühr wird monatlich im Voraus per SEPA-Basis-Lastschriftmandat eingezogen.
Eine Ermäßigung von 10 € wird ab dem zweiten Kurs pro Person gewährt.
Die Probezeit beträgt 3 Monate; kündigen Sie bis zu 10 Tage vor Ablauf der Probezeit, endet der Vertrag mit Ende der Probezeit. Ohne schriftliche Kündigung innerhalb der Probezeit verlängert sich der Vertrag automatisch, danach gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten. Kündigungen sind ausschließlich schriftlich vorzunehmen.

Mir ist bekannt, dass die Kursteilnehmer für 30 €/Jahr Mitglied werden können und dadurch haftpflichtversichert sind. Alle Kursteilnehmer, die bei Auftritten mitwirken, müssen Mitglieder sein.

An den Circusauftritten möchte/n ich/wir **teilnehmen/nicht teilnehmen**.
(Bitte unzutreffendes streichen!)

Die Teilnahme an Circusauftritten außerhalb der Circusschule setzt die Zahlung des Mitgliedsbeitrages von 30 Euro/ Jahr voraus.

Ort, Datum

Unterschrift des Kursteilnehmers
bzw. eines Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/ SEPA Core Direct Debit Scheme

Gläubiger-ID: DE35ZZZ00000268902	Mandatsreferenznummer: 0001_____
--	--

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n Jörg Nitsch (Inhaber der Circusschule Don Mehloni)

- die Kursgebühr von 50 €/ 60 €/anderer Betrag: _____ € monatlich,
 den Mitgliedsbeitrag von 30 € jährlich,

von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Jörg Nitsch (Inh. der Circusschule Don Mehloni) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Dabei gelten die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC	IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des/r Kontoinhaber/s