

# Anmeldung

**WIGWAM Familienzentrum Hollfeld e.V. c/o Britta Hoch-Riedel, Wendelinstr. 5, 96142 Hollfeld Tel. 09274/535**

Ich melde mich hiermit verbindlich an für:

\_\_\_\_\_ Teilnahmegebühr: \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

**Abbuchung durch Lastschrift**  **Verrechnungsscheck liegt bei**  **Barzahlung innerhalb 8 Tagen**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

**Wenn Sie keine Absage erhalten, gilt Ihre Anmeldung als bestätigt und verpflichtend.  
Bei Rücktritt bis 8 Tage vor Kursbeginn wird die Gebühr abzüglich einer Verwaltungsgebühr von 3,- EUR zurückerstattet, bzw. nur die Verwaltungsgebühr abgebucht.  
Nach der Stornofrist von 8 Tagen besteht kein Anspruch mehr auf Rückerstattung.**

## Einzugsermächtigung

Mit der Abbuchung der Kursgebühren bin ich einverstanden

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber/in (falls nicht Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in

# Anmeldung

**WIGWAM Familienzentrum Hollfeld e.V. c/o Britta Hoch-Riedel, Wendelinstr. 5, 96142 Hollfeld Tel. 09274/535**

Ich melde mich hiermit verbindlich an für:

\_\_\_\_\_ Teilnahmegebühr: \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

**Abbuchung durch Lastschrift**  **Verrechnungsscheck liegt bei**  **Barzahlung innerhalb 8 Tagen**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

**Wenn Sie keine Absage erhalten, gilt Ihre Anmeldung als bestätigt und verpflichtend.  
Bei Rücktritt bis 8 Tage vor Kursbeginn wird die Gebühr abzüglich einer Verwaltungsgebühr von 3,- EUR zurückerstattet, bzw. nur die Verwaltungsgebühr abgebucht.  
Nach der Stornofrist von 8 Tagen besteht kein Anspruch mehr auf Rückerstattung.**

## Einzugsermächtigung

Mit der Abbuchung der Kursgebühren bin ich einverstanden

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber/in (falls nicht Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in

# Anmeldung

**WIGWAM Familienzentrum Hollfeld e.V. c/o Britta Hoch-Riedel, Wendelinstr. 5, 96142 Hollfeld Tel. 09274/535**

Ich melde mich hiermit verbindlich an für:

\_\_\_\_\_ Teilnahmegebühr: \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

**Abbuchung durch Lastschrift**  **Verrechnungsscheck liegt bei**  **Barzahlung innerhalb 8 Tagen**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

**Wenn Sie keine Absage erhalten, gilt Ihre Anmeldung als bestätigt und verpflichtend.  
Bei Rücktritt bis 8 Tage vor Kursbeginn wird die Gebühr abzüglich einer Verwaltungsgebühr von 3,- EUR zurückerstattet, bzw. nur die Verwaltungsgebühr abgebucht.  
Nach der Stornofrist von 8 Tagen besteht kein Anspruch mehr auf Rückerstattung.**

## Einzugsermächtigung

Mit der Abbuchung der Kursgebühren bin ich einverstanden

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber/in (falls nicht Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in