



Schönau  
Altneudorf  
Heiligkreuzsteinach  
Neckarsteinach  
Wilhelmsfeld

# Anmeldung

zur Musiktherapie

mit 45 Minuten (wöchentliche Therapiesitzung)



Einzel- oder  Gruppe

-----  
Name und Vorname Erziehungsberechtigte:r

-----  
Name und Vorname Schüler:in

-----  
Geburtsdatum

-----  
m/w

-----  
Name und Vorname Geschwisterkind

-----  
Geburtsdatum

-----  
m/w

-----  
Straße

-----  
Telefon

-----  
Plz, Ort

-----  
mobil

-----  
E-mail

-----  
aktive Familienmitglieder mit Unterricht

Ich bin einverstanden gelegentliche Informationen per E-mail zu erhalten

**Die Schulordnung und Gebührenordnung habe ich erhalten. Ich erkenne die Schulordnung an und verpflichte mich, die an der Musikschule Schönau festgelegten Kündigungsfristen einzuhalten (jeweils 4 Wochen vor dem 31.03. oder dem 30.09.)**

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für Verwaltungszwecke gespeichert werden.

Die vollständigen Datenschutzhinweise sind nachzulesen unter [www.musikschule-schoenau.de](http://www.musikschule-schoenau.de) oder können angefordert werden.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift

Bitte zurück an die Musikschule Schönau



Schönau  
Altneudorf  
Heiligkreuzsteinach  
Neckarsteinach  
Wilhelmsfeld

**Musikschule Schönau gGmbH**  
**Hauptstraße 50**  
**69250 Schönau**

## Erteilung eines SEPA – Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger Musikschule Schönau gGmbH  
Hauptstrasse 50  
69250 Schönau

\_\_\_\_\_  
Mandatsreferenz  
(wird von der Musikschule ergänzt)

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE25ZZZ00000922086**

**Hiermit ermächtige ich die Musikschule Schönau gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Musikschule Schönau gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen ab dem Belastungsdatum kann ich die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Vor-/ Nachname Kontoinhaber:in** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Kontoinhaber:in**

Hier bitte ausfüllen, wenn der/die Kontoinhaber:in kein Elternteil ist:

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/ mobil: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_