



Anmeldung

Bitte **pro** Teilnehmer*in **ein** Anmeldeformular ausfüllen.

Fax: (030) 90239-53298

E-Mail: vhsinfo@bezirksamt-neukoelln.de

Volkshochschule Neukölln
Boddinstraße 34
12053 Berlin

☐ Ich beantrage eine Ermäßigung.

Bitte Kopie des **aktuellen Nachweises** beifügen.
Ermäßigungsberechtigt sind Empfänger*innen von Sozialhilfe/
Grundsicherung, Sozialgeld, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Asyl-
bewerberleistungen, Kinderzuschlag sowie Schüler*innen, Student-
*innen in Vollzeit, Wehr- und Bundesfreiwilligendienstleistende,
Auszubildende, Schulabgänger*innen und BerlinPassInhaber*innen.

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> divers	Titel _____	Telefon _____
Familiennamen _____				Mobil _____
Vorname _____				E-Mail _____
c/o _____				Fax _____
Straße _____				Geburtsjahr* _____
PLZ / Ort _____				

* freiwillige Angabe

Ich melde mich für die folgenden Kurse verbindlich an:

Kursnummer	Kurstitel / Stichwort	Entgelt (€)

Ich bezahle ☐ mit SEPA-Lastschriftmandat ☐ mit EC-Karte** ☐ mit Kreditkarte**

☐ Mehrfachmandat wurde bereits erteilt

bezahlen mit EC-Karte und Kreditkarte ist **nur zu den Öffnungszeiten möglich

Die Berliner Volkshochschulen verarbeiten meine Daten zur Vertragsanbahnung und -durchführung. Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner freiwillig angegebenen Daten in der Volkshochschuldatenbank erkläre ich mich zum Zweck der Kursdurchführung einverstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen, ohne dass dies einen Einfluss auf die Kursbuchung hat. Die gesetzlichen Regelungen des Datenschutzrechts werden bei der Verarbeitung meiner Daten beachtet. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Berliner Volkshochschulen. Bei Anmeldung zu einer Sprachprüfung: Ich akzeptiere die Prüfungsordnung/AGB der telc gGmbH (www.telc.net). Für die Durchführung der Prüfung "Deutschtest für Zuwanderer" gelten die Bedingungen der Integrationskurstestverordnung (IntTestV).

Datum _____ Unterschrift des/der Teilnehmer*in (gegebenenfalls der gesetzlichen Vertretung) _____

Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter - Gläubiger ID: DE02BEZ00000026026
Die Mandatsreferenz entnehmen Sie bitte der Anmeldebestätigung/Rechnung.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die bezirklichen Volkshochschulen in Berlin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Berliner Volkshochschulen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Dieses Mandat gilt für den/die o. g. Teilnehmer*in und wird

☐ einmalig
☐ mehrmalig erteilt.

Girokontoinhaber*in

Vorname und Name / Firmenbezeichnung _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN (können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen) _____

Datum _____ Unterschrift Girokontoinhaber*in _____