

Antrag auf Überlassung eines Musikinstrumentes

| | | | |
|--|---------|-----------------------|---------|
| Name, Vorname der Schülerin, des Schülers | | Geburtstag | |
| | | | |
| Namen, Vornamen des/der gesetzlichen Vertreter/Gebührenpflichtigen | | | |
| | | | |
| Postleitzahl | Wohnort | Straße mit Hausnummer | Telefon |
| | | | |
| Gewünschtes Musikinstrument | | | |
| | | | |

Ich/Wir beantrage(n) die Überlassung des oben angegebenen Musikinstrumentes für die Zeit vom bis gegen Zahlung einer im Voraus zu entrichtenden Gebühr in Höhe von 12,00 Euro monatlich im 1. Jahr. Für das 2. Jahr der Überlassung wird eine Gebühr von monatlich 16,00 Euro und ab dem 3. Jahr 20,00 Euro erhoben.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, das Instrument pfleglich zu behandeln. Bei schuldhafter Beschädigung übernehme(n) ich/wir die Reparaturkosten. Bei Verlust oder Totalbeschädigung übernehme(n) ich/wir die Kosten für die Wiederbeschaffung eines gleichwertigen Instrumentes.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, das Instrument nicht an Dritte weiterzugeben. Etwaige Schäden am Instrument oder dessen Verlust werde(n) ich/wir sofort der Kreismusikschule mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Schülerin/des Schülers
bei minderjährigen das/des gesetzlichen Vertreters

Hinweis:

Aus Rationalisierungsgründen wird die Gebühr für die Überlassung eines Musikinstrumentes im Lastschriftverfahren von Ihrem Konto abgebucht. Bitte unterschreiben Sie daher das Lastschriftmandat und reichen es mit ein.

Antrag bitte zurücksenden an:

Kreismusikschule
Freudenthalstr. 1a
27356 Rotenburg (Wümme)

SEPA-Lastschriftmandat

| |
|--|
| Name des Zahlungsempfängers: Kreismusikschule Rotenburg, Freudenthalstr. 1 a, 27356 Rotenburg Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 12 ROW 00000031666 |
| Mandatsreferenz: |
| Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Kreismusikschule, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Kreismusikschule auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften 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. |

vom Kontoinhaber auszufüllen:

| | |
|--|--------------|
| Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung | |
| Name des Kontoinhabers | |
| Anschrift des Kontoinhabers Straße und Hausnummer | |
| Postleitzahl und Ort | Land |
| IBAN des Kontoinhabers (max. 35 Stellen) | Bankleitzahl |
| BIC des Kontoinhabers (8 oder 11 Stellen) | Konto-Nr. |
| Ort Datum | |
| Unterschrift des Kontoinhabers | |