



*Schulartübergreifende
Orientierungsstufe
der Realschule plus Cochem und
des Martin-von-Cochem-Gymnasiums*



Anmeldung zur Bläserklasse

Bitte bis zum **19.02.2025** an das Sekretariat
des Gymnasiums oder der Realschule plus Cochem,
Schlossstraße 28,
56812 Cochem

Meinen Sohn/meine Tochter _____ , _____
Name Vorname

melde ich hiermit zur Bläserklasse der GOS des Martin-von-Cochem-Gymnasiums und der Realschule plus Cochem verbindlich an. Die Kosten belaufen sich auf 24 Monatsbeiträge à € 27,00 und werden ab dem 01.09.2025 vierteljährlich im Voraus entrichtet.

Ein Rücktritt von dieser Anmeldung ist nur im Ausnahmefall bis zum Beginn des Schuljahres 2025/26 möglich. Die näheren Einzelheiten der Instrumentenmiete werden in einem gesonderten Vertrag geregelt.

Cochem, _____
Datum

Unterschrift

Den Beitrag zum Musikprojekt in Höhe von € 81,00 bitte ich **vierteljährlich** zu Lasten meines Kontos im **Bankeinzugsverfahren** zu erheben. Um zusätzliche Kosten zu vermeiden, nehme ich bei scheinbar fehlerhaften Buchungen vor Rücknahme der Lastschrift bei meiner Bank telefonisch Kontakt zur Schule (02671/916790) auf.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderkreis Martin von Cochem- Gymnasium e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Schloßstr. 28

Postleitzahl und Ort:

56812 Cochem

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE72MVC00000500648

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**