



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



## Anmeldung zur Bläserklasse

Bitte bis zum **05.03.2026** 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 01.09.2026 vierteljährlich im Voraus entrichtet.

Ein Rücktritt von dieser Anmeldung ist nur im Ausnahmefall bis zum Beginn des Schuljahres 2026/27 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):**

|D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

|D E

**Ort:**

Datum (TT/MM/JJJJ):

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**