
Geschäftsstelle Bad Belzig

Puschkinstraße 13
14806 Bad Belzig
Telefon: 033841 45430
Telefax: 033841 45137
E-Mail: info@kvhs-pm.de

Geschäftsstelle Kleinmachnow

Am Weinberg 18
14532 Kleinmachnow
Telefon: 033203 803710
Telefax: 033203 803711
E-Mail: kleinmachnow@kvhs-pm.de

Geschäftsstelle Werder

Adolf-Damaschke-Straße 60
14542 Werder (Havel)
Telefon: 03327 571030
Telefax: 03327 571031
E-Mail: werder@kvhs-pm.de

Einzugsermächtigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben einen Kurs an der Kreisvolkshochschule Potsdam-Mittelmark gebucht und Sie suchen einen einfachen Weg zur Begleichung Ihrer Rechnung?

Dann können wir Ihnen das SEPA-Lastschriftverfahren empfehlen.

Das von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene SEPA-Mandat (Rückseite) senden Sie **bitte im Original** an die Kreisvolkshochschule Potsdam-Mittelmark zurück.

Das Kursentgelt wird erst nach Kursbeginn eingezogen. Vorab erhalten Sie eine entsprechende Buchungsbestätigung/Rechnung.

Wenn Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kreisvolkshochschule
Potsdam-Mittelmark

Mandatsreferenz-Nr.:

(wird von der Volkshochschule vergeben)

Zahlungsempfänger (Gläubiger): Kreismusikschule und Kreisvolkshochschule
Potsdam-Mittelmark GmbH
Puschkinstraße 13
14806 Bad Belzig

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46VHS00000349505

Kombimandat Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Kreismusikschule und Kreisvolkshochschule Potsdam-Mittelmark GmbH, widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Kreismusikschule und Kreisvolkshochschule Potsdam-Mittelmark GmbH, widerruflich Teilnehmerentgelte von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kreismusikschule und Kreisvolkshochschule GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird.

Mit ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird.

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen	
Anschrift des Zahlungspflichtigen	

Name des Kontoinhabers, nur wenn vom Zahlungspflichtigen abweichend	
Anschrift des Kontoinhabers, nur wenn vom Zahlungspflichtigen abweichend	

Name des Kreditinstitutes	
IBAN des Kontoinhabers	DE
BIC	

Ort	Datum
Unterschrift des Kontoinhabers	

Bitte im Original (kein FAX, keine E-Mail) zurücksenden