

Kath. Familienbildungswerk im Rhein-Sieg-Kreis  
Kirchplatz 1, 53340 Meckenheim  
Tel: 0 22 25 / 92 20 20  
Fax: 0 22 25/ 92 20 50  
www.fbw-meckenheim.de  
IBAN: DE37 3705 0198 1900 6547 06  
SWIFT-BIC: COLSDE33



Bitte beachten Sie vor Ihrer Anmeldung die Teilnehmerhinweise und -bedingungen in unserem Veranstaltungsprogramm. Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung und werden bei Verlegung oder Ausfall von Veranstaltungen benachrichtigt.

## VERBINDLICHE ANMELDUNG

(Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name/Geb.-Datum Kind: \_\_\_\_\_

(nur bei Eltern-Kind-Kursen)

Ich melde mich verbindlich zu folgenden Veranstaltungen an:

Veranstaltungs-Nr.	Titel der Veranstaltung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und der Datenschutzerklärung. Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Die AGB und die Datenschutzerklärung sind im Programmheft abgedruckt und können in der Einrichtung vor Ort sowie auf der Internetseite des Verantwortlichen eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Personen ab 16 Jahren oder Erziehungsberechtigte)

Ich stimme der Zusendung von allgemeinen Informationen & Newslettern zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit bei der oben genannten Einrichtung widerrufen.

**Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite nicht vergessen!**

**Wiederkehrendes SEPA-Lastschriftmandat:**

Katholisches Familienbildungswerk Rhein-Sieg-Kreis, Kirchplatz 1, 53340 Meckenheim  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50FME00000304425

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige das Katholische Familienbildungswerk Rhein-Sieg-Kreis, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Katholischen Familienbildungswerk Rhein-Sieg-Kreis 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.

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit der angemeldeten Person auf der Vorderseite)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

BIC \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_

IBAN DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

Ort, Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

Wiederkehrendes SEPA-Lastschriftmandat bereits erteilt.