

## An die Marburger Akademie für Pflege- und Sozialberufe - **MAPS**

Rudolf-Breitscheid-Str. 1-5  
35037 Marburg  
Leitung: Dr. Eckart Müller  
Tel: 06421/304070-0 Fax: 06421/682614  
Email: info@maps-marburg.de; Internet: www.maps-marburg.de

**Anmeldung:** Hiermit melde ich mich verbindlich für folgendes Angebot der Marburger Akademie für Pflege- und Sozialberufe an:

Name der Veranstaltung:	
Beginn:	Kosten:
Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Email:
Berufsausbildung:	
Tätig als:	
Bei:	
<b>Mit meiner Unterschrift habe ich die Vertragsbedingungen der Marburger Akademie für Pflege- und Sozialberufe zur Kenntnis genommen und erkenne sie als Grundlage der Anmeldung an.</b>	
Datum/Ort:	
Unterschrift des Teilnehmers:	
Bei Übernahme der Kosten durch den Arbeitgeber	
Name der Einrichtung:	
Datum/Ort: Marburg,	
Unterschrift der Leitung:	
<b>Zahlungsarten:</b> (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Rechnung	
<input type="checkbox"/> Rechnung - Ratenzahlung	
<input type="checkbox"/> Abbuchung	
<input type="checkbox"/> Abbuchung - Ratenzahlung	

## SEPA-Lastschriftmandat

Marburger Akademie für Pflege- und Sozialberufe  
Rudolf-Breitscheid-Str. 1-5  
35037 Marburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 51 ZZZ 00001270527

Mandatsreferenz\*: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Marburger Akademie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Marburger Akademie 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
BIC

D E \_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Mandatsreferenz = Kundennummer (wird mit der Rechnung bekannt gegeben)