

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

**Außenstelle Hofgeismar:**

Gesundbrunnen 12a, 34369 Hofgeismar

Telefon: 05671/882-650

Fax: 05671/882-611

E-Mail: dafz@gesundbrunnen.org

**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:                | E-Mail:  |
| Berufsausbildung:       |          |
| Tätig als:              |          |
| Bei:                    |          |

**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.**

|  |
|--|
| Datum/Ort:                                     |
| Unterschrift des Teilnehmers:                  |
| Bei Übernahme der Kosten durch den Arbeitgeber |
| Name der Einrichtung:                          |
| Datum/Ort:                                     |
| Unterschrift der Leitung:                      |

**Zahlungsarten:** (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  
Hannah-Arendt Str. 3-7  
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)