

Herbst Dance Camp 2024 für Kids und Teens

Vielzahl von Tanzstilen – Profichoreografen – inkl. gesundes Mittagessen

ANMELDUNG:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Mail: _____

Mobilnr.: _____

Ich falle in die Kategorie der Altersklasse:



11 – 13 Jahre



14-18 Jahre

Preis: 250,00€ (Mitglieder der Ballettschule Theisen erhalten einen Rabatt und zahlen nur 200€)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Anmeldung für das **Herbst Dance Camp**

- Das SEPA-Mandat für die Abbuchung der Dance Camp gebühr habe ich dieser Anmeldung beigefügt.
- Ich habe bereits ein SEPA-Mandat der Ballettschule Theisen erteilt und erlaube die Abbuchung für das Dance Camp.

Datum, Ort

Unterschrift Teilnehmer*in

Bei Minderjährigen - Unterschrift Erziehungsberechtigter

Inhaber: Lucas Theisen
 Drosselweg 11, 50259 Pulheim
 Tel: 0176 84694549
info@ballettschule-theisen.de
www.ballettschule-theisen.de

Creditor's name & address <i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i> Herr Lucas Theisen Grüner Weg 46 52349 Düren	Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments
Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00002649419	Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use Nr./No. 3707491026
	Mandate reference/Mandatsreferenz

By signing this mandate form, you authorise

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers] Lucas Peter Theisen
--

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers] Lucas Peter Theisen
--

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Street name and number/Straße, Hausnummer	
Postal code and city/PLZ, Ort	
Country/Land	
Account number-IBAN/IBAN : DE _____	
Location, date/Ort, Datum	Signature(s)/Unterschrift(en)

! Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

