



Kursanmeldung für Trimester III 2024

Eltern-Kind-Gruppe: <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. (Bitte alle möglichen Tage ankreuzen) Preis: € 17,- mtl., Geschwisterkinder ab 6 Monate € 8,50 mtl., Abbuchung per SEPA Lastschrift je Trimester
Japanische Eltern-Kind-Gruppe: <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Do. Preis: € 17,- mtl., Geschwisterkinder ab 6 Monate € 8,50 mtl., Abbuchung per SEPA Lastschrift je Trimester
Japanische Lerngruppe: <input type="checkbox"/> Do. Preis: € 17,- mtl., Geschwisterkinder ab 6 Monate € 8,50 mtl., Abbuchung per SEPA Lastschrift je Trimester
Spanische Eltern-Kind-Gruppe: <input type="checkbox"/> Do. Preis: € 17,- mtl., Geschwisterkinder ab 6 Monate € 8,50 mtl., Abbuchung per SEPA Lastschrift je Trimester
Eltern-Kind-Yoga <input type="checkbox"/> 3x freitags (11.10., 08.11., 13.12.24) von 14:00 – 15:00 Uhr: € 22,-, Abbuchung per SEPA Lastschrift <input type="checkbox"/> 3x freitags (11.10., 08.11., 13.12.24) von 15:15 – 16:15 Uhr: € 22,-, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Deutsch sprechen für Mütter, Preis: € 72,- für 12 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Arabisch schreiben für Kinder, Preis: € 72,- für 12 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Musikwiese für 1-2jährige, Preis: € 66,- für 11 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Stubenrocker ab Laufbeginn, Preis: € 72,- für 12 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Kreative Schmetterlinge, Preis: € 72,- für 12 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Mein Kind und ich – Tagebuch, Preis: € 72,- für 12 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Kinderyoga, Preis: € 72,- für 10 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Bodystyling, Preis: € 60,- für 10 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Yoga Wochenendworkshop am 17.11.2024, Preis: € 35,-, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Latin Dance Aerobic, Preis: € 60,- für 10 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Sundown Yoga, Preis: € 96,- für 10 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Qi Gong, Preis: € 88,- für 11 Termine, Abbuchung per SEPA Lastschrift
<input type="checkbox"/> Wen Do Schnupper-Workshop am 02.12.2024, Preis: € 30,-, Abbuchung per SEPA Lastschrift

Nachname: _____ Vorname: _____

Name des Kindes: _____ Geb.dat. des Kindes bzw. ET: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

- Ich bin einverstanden, dass die Daten zur internen Abwicklung gespeichert und verarbeitet werden.
- Mit der Anmeldung erkenne ich die Teilnahmebedingungen und Gebühren gem. Programm an.

Unterschrift auf der 2. Seite nicht vergessen!



Bildmaterialnutzung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fotos, auf denen ich oder meine minderjährigen Kinder im Auftrag der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. abgelichtet sind, in unveränderter oder veränderter Form (dies kann nur den Bildzuschnitt oder die Veränderung von Kontrast- und Helligkeitsstufen betreffen) zu Präsentationszwecken für die Nachbarschaftshilfe Haar e.V. genutzt werden können. Die Erklärung gilt unbefristet, auch über ein Beschäftigungs-, Vereinbarungs- oder Kundenverhältnis hinaus, bis zu einem schriftlichen Widerruf. Es besteht kein Haftungsanspruch (z.B. Missbrauch des Bildmaterials durch Dritte) gegenüber der Nachbarschaftshilfe Haar e.V.

Ich bestätige außerdem, dass keine Honoraransprüche aus der Verwendung der Fotos geltend gemacht werden, soweit sie im oben genannten Rahmen genutzt werden.

Auf Namensnennung in Verbindung mit den Bildern soll ausdrücklich verzichtet werden, für den Ausnahmefall ist aber hiermit eine Zustimmung erteilt.

Datenschutz

Die aufgeführten personenbezogenen Daten werden von der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. nur zum Zweck der Erfüllung des gegenseitigen Vereinbarungsverhältnisses und der Abwicklung der vereinbarten Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt. Die datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben des FAMs erforderlich ist. Meine Daten werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen gelöscht. Bei Fragen wenden Sie sich an uns oder unseren Datenschutz-beauftragten Dr. Klaus-P. Wagner (k.wagner@kpw-it.de).

Ich möchte per E-Mail über die neuen Termine im FAM und Neuerungen in der Nachbarschaftshilfe Haar informiert werden (ca. 5 Mal im Jahr). Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden.



_____ Datum

_____ Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat der Nachbarschaftshilfe Haar e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49NBH00000120628

Mandatsreferenznummer (wird nachträglich separat eingetragen): **7 0 0 0 0 0** _ _ _

Ich ermächtige die Nachbarschaftshilfe Haar e.V., Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. 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.

Zahlungsart (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Lastschriftmandat wird erteilt für folgende Leistung/en und folgende Person

Einmalige Leistung	Name, Vorname der Person
<input checked="" type="checkbox"/> Alle Leistungen der NBH Haar e.V.	

Fälligkeitstermin (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen):

Innerhalb von 10 Tagen ab Unterschriftsdatum

Erste Monatshälfte _____

Zweite Monatshälfte _____

Sonstiges Bei Fälligkeit der Gruppe/des Kurses

Adressdaten der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Vorname und Name

Postleitzahl und Ort	Straße und Hausnummer
----------------------	-----------------------

Kreditinstitut und Bankverbindung der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Name des Institutes	BIC des Institutes
IBAN der/des Zahlungspflichtigen	_____ _____
_____ _____ _____ _____ _____ _____	

Datum	Ort	Unterschrift Kontoinhaber/in <small>Nur im Original gültig!</small>
--------------	------------	--

Die aufgeführten personenbezogenen Daten werden von der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. nur zum Zweck der Erfüllung des gegenseitigen Vereinbarungsverhältnisses und der Abwicklung der vereinbarten Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt. Die datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. erforderlich ist.