

**Familienzentrum/-Familienbildung**  
Frankfurter Str. 71, 64293 Darmstadt  
Tel.: 06151-132509 / FAX: 132815  
E-Mail: fbs@darmstadt.de

**SEPA-Lastschriftmandat/  
EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Ich ermächtige das Familienzentrum der Wissenschaftsstadt Darmstadt einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

Bankinstitut

BIC:

**IBAN-Nr.**

Kontoinhaber

**Email-Adresse des Kontoinhabers**

Die Abbuchung erfolgt nach Beendigung des Kurses.

**Bei Anspruch auf Ermäßigung lege ich den aktuellen Nachweis bei.**

Barzahlung ist nur gleichzeitig mit der Anmeldung möglich

## ANMELDUNG

Name

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon (privat) (berufl.)

E-Mail:

Geb.-Datum

### Nummer der Teilhabecard

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen an.**

Datum/Unterschrift  
(Teilnehmer/-in / Kontoinhaber/-in)

Kurs-Nr.: \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

Titel: \_\_\_\_\_

Kursbeginn: \_\_\_\_\_

Gebühr: € \_\_\_\_\_

Die Gebühr enthält eine Verwaltungspauschale von **1,50 €**, die nicht abzugsfähig ist.

Anzahl der angemeldeten Personen

Erwachsene

Kinder

Name des Kindes(r) Geburtsdatum

voraussichtlicher Geburtstermin  
(betr. Angebote für Schwangere)

Name des(r) teilnehmenden Partners(-in)

**Sie erhalten keine Anmeldebestätigung**