



**AUSBILDUNGSVERTRAG** / Mandatsreferenznummer: .....

zwischen der **Dresdner TASTENSCHULE**, Erich-Ponto-Str. 19, 01097 Dresden

und **Herrn/Frau** ..... (im Folgenden **Schüler**).

Gesetzl. Vertreter: ..... Geburtsdatum des Schülers: .....

Anschrift: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon (privat): ..... dienstl.: .....

E-Mail: .....

### § 1

Der Schüler erhält wöchentlich eine Lehreinheit von (*bitte das Richtige unterstreichen od. einkreisen*) **30 / 45 / 60** Min. im Fach **Musikalische Früherziehung**.

### § 2

Die regelmäßige Teilnahme an den Lehrveranstaltungen ist durch den Schüler zu sichern.

### § 3

Die Ausbildung erfolgt nach dem sächsischen Schulkalender. Ferien und Feiertage sind demnach unterrichtsfrei. Der Vertrag kann von den beiden Seiten, stets zum Ende eines Folgemonats, gekündigt werden. Eine Kündigung muss schriftlich entweder per Post oder per Mail an [dresdnertastenschule@gmail.com](mailto:dresdnertastenschule@gmail.com) erfolgen.

### § 4

Die Unterrichtsgebühren erfolgen monatsweise und sie widerspiegeln sich auf der Website <https://www.tastenschule.de/preise/>. Die Gebühren sind stets vsl. zum 23. Tag des jeweiligen Ausbildungsvormonats zu entrichten. Die Zahlungen erfolgen durch eine **SEPA-Lastschrift** (bitte Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats ausfüllen).



Jegliche vertragsrelevanten Änderungen bedürfen der Schriftform, Gerichtsstand in Dresden.

Dresden, den .....

Unterschrift Schüler bzw. Erziehungsberechtigte

.....

Dresdner TASTENSCHULE



## ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

**Name des Zahlungsempfängers:** Dresdner Tastenschule

**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Erich-Ponto-Str. 19, 01097 Dresden

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE29MSM00002025389

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):** .....

**Bankleitzahl:** ..... **Kontonummer:** .....

**Bank-Institut:** .....

**BIC:** ..... (8 oder 11 Stellen)

**IBAN:** DE | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Name des Kontoinhabers:** .....

**Straße und Hausnummer:** .....

**PLZ/Ort:** .....

### 1. Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den o. g. Zahlungsempfänger, die von mir zu entrichtenden Zahlungen künftig bei Fälligkeit zu Lasten des oben benannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

### 2. SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Verbandsgemeindeverwaltung – Verbandsgemeindekasse- Altenkirchen, zur oben genannten Buchungsnummer bzw. Mandatsreferenz wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindeverwaltung –Verbandsgemeindekasse- Altenkirchen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum / Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungsempfängers

**Telefonnummer für Rückfragen (Angabe freiwillig):** .....