

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|--|-------------|-----------------|------------------------------|--|
| Titel: | | Vorname*: | | | Name*: | | |
| Straße*: | | | | Hausnummer* | | Telefonische Erreichbarkeit: | |
| PLZ*: | | Ort*: | | | | | |
| E-Mail (Angabe freiwillig): | | | | | * = Pflichtfeld | | |



**Herr
Jens Lausch
Kösliner Straße 5
31618 Liebenau**

Träger: Landkreis Nienburg/Weser
 05021/967-600
 FAX: 05021/967-639
 E-Mail: vhs@kreis-ni.de
 Internet: www.vhs-nienburg.de
 Geschäftsstelle: Rühmkorffstraße 12, 31582 Nienburg
 Öffnungszeiten: Montag bis Donnerstag von 08:00 – 16:00 Uhr
 Freitag von 08:00 – 12:00 Uhr
 Bankverbindung: Sparkasse Nienburg
 Gläubiger-Identifikationsnummer
 DE89ZZZ00000294411
 IBAN: DE21 2565 0106 0000 3003 84

Anmeldung

Hiermit melde ich mich **verbindlich** an und verpflichte mich zur Zahlung.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|
| Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Titel: | |
| Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Titel: | |

Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs bearbeitet.

Die VHS bestätigt nicht den Empfang der Anmeldung.

Wir informieren Sie, wenn eine Veranstaltung/Kurs belegt ist, verschoben wird oder ausfallen muss. Ihre Angaben werden in der automatisierten Datenverarbeitung aufgrund der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Im Übrigen gelten die Teilnahmebedingungen der VHS Nienburg (siehe Programmheft).

Nur bei Bildungsurlauben:

Beschäftigung in dem Bundesland:

- Bremen
 Niedersachsen

Nur zur Statistik (Angabe ist freiwillig)

- unter 18 18 - 24 25 - 34
 35 - 49 50 - 64 65 - 75 über 75

Einzugsermächtigung bitte ausfüllen:

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Volkshochschule Nienburg, Träger: Landkreis Nienburg / Weser, **EINMALIG EINE ZAHLUNG** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto **GEZOGENE LASTSCHRIFT** 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.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kreditinstitut (Name): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN: | DE <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname Kontoinhaber/in: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift Kontoinhaber/in: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Die Teilnahmebedingungen und Datenschutzbestimmungen der VHS Nienburg erkenne ich mit der Unterschrift an.

- Ich bin mit 3-jähriger Aufbewahrung meiner Daten für künftige Kurse einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer(in)