

# Anmeldung Tandemstudium Kölner Fachschule für Finanzdienstleistungen

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtstag:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Staatsangehörigkeit:</b>	<b>Geschlecht: m/w</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ, Ort:</b>
<b>Klassenbezeichnung:</b>	<b>Klassenlehrer:</b>

Monat/Jahr

Monat/Jahr

**angestrebter**

<b>Abschluss als</b>	<b>Bankkaufmann/-kauffrau</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Kaufmann/Kauffrau für Versicherungen und Finanzen</b>	<input type="checkbox"/>
			<b>Sozialversicherungsfachangestellte/r</b>	<input type="checkbox"/>

**Berufspraxis/Arbeitgeber:**  
(Firma, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, beschäftigt seit)

**Unter der folgenden Telefonnummer bzw. E-Mail bin ich erreichbar:**

Tel. privat/dienstlich	Handy	E-Mail
------------------------	-------	--------

Bitte füllen Sie die Lastschriftinzugsermächtigung auf der Rückseite aus.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

Die Kölner Fachschule für Finanzdienstleistungen ist eine Kooperation des Berufskollegs Südstadt und des Alfred-Müller-Armack Berufskollegs. Studienort: Brüggener Str. 1, 50969 Köln und Zugweg 48, 50677 Köln

**Ansprechpartner/-in:**

Herr Elsner:      Tel. 0221-340263-0      Fax: 0221-3761942

Frau Ritterbach:      Tel. 0221-820135-0      Fax: 0221-3606740

**[www.FachschuleFDL.de](http://www.FachschuleFDL.de) oder [info@FachschuleFDL.de](mailto:info@FachschuleFDL.de)**

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers**

Förderverein des Berufskollegs Südstadt e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Zugweg 48  
50677 Köln

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE06ZZZ00000969085

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

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtende Umlage bei Fälligkeit (02.01. und 01.07. eines Jahres) durch Lastschrift von meinem/unseren Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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:**

Wiederkehrende Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)**

DE

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

DE

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

**Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**