

# Anmeldung

Familienzentrum Kaiserwinkl  
Tel: 0676/361 76 09  
info@familienzentrum-kaiserwinkl.at  
www.familienzentrum-kaiserwinkl.at

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## Partner:

Name : \_\_\_\_\_ Geb.dat: \_\_\_\_\_

## Kinder:

## Geburtsjahr

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## Bankverbindung:

Name : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Ich ermächtige das Familienzentrum Kaiserwinkl Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum Kaiserwinkl auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kössen, am \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_