

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:

AG nein WL am

Zusage: KlasseamAbmFr

Info1. SchultagAbgem.am:

ANMELDUNG

Kolleg für Sozialpädagogik – Schuljahr 2022/23

Foto bitte
hier
einkleben

- Berufsbegleitend 6 Semester
- Vollzeitausbildung 4 Semester

| | | | |
|---|------------|---------------------------------|-------------|
| Familienname | | Vorname(n) | |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Divers | | Sozialversicherungsnummer/ecard | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Alltagssprache | Erstsprache |
| Staatsbürgerschaft | | Religionszugehörigkeit | |
| Straße, Hausnummer | | PLZ, Wohnort | |
| Telefonnummer | | Email | |
| Zuletzt besuchte Schule | | | |

Beizulegende Unterlagen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf | <input type="checkbox"/> SEPA Lastschrift-Mandat |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis |
| <input type="checkbox"/> Matura- bzw. (Berufs-)Reifeprüfungszeugnis oder Studienberechtigung | <input type="checkbox"/> polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> Sprachnachweis Deutsch B2 bei nicht deutscher Muttersprache | <input type="checkbox"/> Fahrtenschwimmer (Nachweis bis spätestens erste Schulwoche) |

Die Anmeldegebühr von € 40,00 wird mittels beigefügtem SEPA Lastschrift-Mandat von Ihrem Konto eingezogen. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldegebühr auch im Falle einer späteren Abmeldung nicht rückerstattet wird.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Änderungen gebe ich umgehend und schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewerber*in

Anmeldungen per Post oder Email an:

Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg
 05-1760 7160 bildung@sob-caritas.at

SEPA-Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)

Gilt für sämtliche Zahlungsverpflichtungen an die Schule

Zahlungsempfänger: Caritasverband der Erzdiözese Salzburg - ACS
Friedensstraße 7
5020 Salzburg

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Zahlungen von meinem/unserem untenstehenden Konto mittels SEPA – Lastschrift einzuziehen.

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.

Zahlungspflichtiger:
(Name)

.....
(Anschrift)

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC des Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut:

Verwendungszweck: BAS – **Kolleg für Sozialpädagogik**

für
(Name, Vorname der/des Studierenden)

Mandatsreferenz wird nach Stammdatenanlage vom Rechnungswesen vergeben.

| | | |
|---------------------|---|---|
| Zahlungsart: | Wiederkehrender Einzug * Ausbildungsbeitrag (bei laufender Ausbildung) | Einmaleinzug * Anmeldegebühr (nach Erhalt der Anmeldung) * Kaution (nach Erhalt des unterschriebenen Aufnahmevertrages) |
|---------------------|---|---|

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber*in