

**Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:**  
 Eingang: ..... Erfasst: .....  
 AG .....  nein  WL am .....  
 Zusage Klasse .....am .....AbmFr .....  
 Info1. Schultag .....Abgem.am: .....

# ANMELDUNG für das Schuljahr 2019/20

## Kolleg für Sozialpädagogik

Foto bitte  
 hier  
 einkleben

- 4 semestrige Ausbildung Vollform  
 6 semestrige Ausbildung Berufsbegleitend

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

### Beizulegende Unterlagen:

**Es werden nur vollständige Bewerbungen bearbeitet!**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf   | <input type="checkbox"/> SEPA Lastschrift-Mandat (Original)   |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Kopie)   | <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)  |
| <input type="checkbox"/> Matura- bzw. Reifeprüfungszeugnis oder Studienberechtigung (Kopie) | <input type="checkbox"/> polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> <u>Sprachnachweis Deutsch B2</u> bei nicht deutscher Muttersprache | <input type="checkbox"/> Fahrtenschwimmer (Nachweis bis spätestens 1. 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 bitte umgehend und **schriftlich** dem ABZ bekannt geben.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift BewerberIn

**SEPA-Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)**

Gilt für sämtliche Zahlungsverpflichtungen an die Schule

**Zahlungsempfänger:** Caritasverband der Erzdiözese Salzburg - ACS  
Universitätsplatz 7  
5020 Salzburg

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Zahlungen von meinem/unserem unten stehenden 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**  **Tagesform**  
 **Berufstätige**

für .....  
(Name, Vorname der/des Studierenden)

**Mandatsreferenz wird nach Stammdatenanlage vom Rechnungswesen vergeben.**

<b>Zahlungsart:</b>	<b>Wiederkehrender Einzug</b> * Ausbildungsbeitrag (bei laufender Ausbildung)	<b>Einmaleinzug</b> * Anmeldegebühr (nach Erhalt der Anmeldung) * Kautions (nach Erhalt des unterschriebenen Aufnahmevertrages)
---------------------	---	--

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift KontoinhaberIn