

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:
 Eingang: Erfasst:
 AG nein WL am
 Zusage KlasseamAbmFr
 Info1. SchultagAbgem.am:

A N M E L D U N G für das Schuljahr **2020/21**

Kolleg für Sozialpädagogik

Foto bitte
hier
einkleben

- Vollform** - 4 Semester
 Berufstätigenform - 6 Semester

Familienname	Vorname(n)
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Sozialversicherungsnummer/ecard
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. (Berufs-)Reifeprüfungszeugnis oder Studienberechtigung (Kopie) | <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 BewerberIn

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 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**
 Berufstätigenform

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 KontoinhaberIn