



Telefon: 08161 600 82 000
Telefax: 08161 600 82 099
ursula.lutz@schule.bayern.de
kmrs.kreis-freising.de

Staatliche Realschule Freising · Düwellstraße 22 · 85354 Freising

An die
Karl-Meichelbeck-Realschule Freising
z. H. Frau Ursula Lutz
Düwellstr. 22
85354 Freising

Freising, Mai 2025

Verbindliche Anmeldung für die Bigbandklasse 2025-2027

Ich (wir) bestätige(n) hiermit die verbindliche Teilnahme meines Sohnes / meiner Tochter

(Name, Vorname) _____

an der Bigbandklasse für die beiden Schuljahre 2025/2026 und 2026/2027

Das Wunschinstrument ist... *(bitte auf die Zeile hinter dem Instrument 1. Wahl, 2. Wahl, 3. Wahl schreiben, Zutreffendes ankreuzen und bitte wirklich 3 Wünsche angeben!)*:

- Trompete _____
- Posaune _____
- Saxophon _____
- E-Bass _____
- Schlagzeug _____

Ort, Datum

Unterschrift des (der) Erziehungsberechtigten

Emailadresse: _____

Telefon: _____

Rückfragen jederzeit bei mir: ursula.lutz@schule.bayern.de

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Karl-Meichelbeck-Realschule, Staatliche Realschule I

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Düwellstr. 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

85354 Freising

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 9 Z Z Z 0 0 0 0 2 2 8 7 0 6 8

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:
