

Sonnemannstraße 16, 60314 Frankfurt/M, T 069 212 44822, F 069 212 44833, [ane-sekretariat@dr-hochs.de](mailto:ane-sekretariat@dr-hochs.de), [www.dr-hochs.de](http://www.dr-hochs.de)

*Anmeldung für (bei Mehrfachbelegung bitte jeweils eine Anmeldung)*

**Instrument** \_\_\_\_\_

1 WStd. (50 Min.)

**klassischer Gesang**

½ WStd. (25 Min.)

**Projekt der Peter Ustinov Stiftung**  
in Kooperation mit dem Dr. Hoch's Konservatorium

Lehrerwunsch \_\_\_\_\_  
(falls bekannt)

*Schüler/in hatte bereits Unterricht: Seit wann? Bei welchen Lehrern? An welchen Instituten?*

Sind Sie oder ein anderes Familienmitglied bereits in einem anderem Fach Schüler an Dr. Hoch's Konservatorium?  Ja  Nein

**BITTE IN DRUCK- ODER MASCHINENSCHRIFT AUSFÜLLEN!**  
**SCHÜLER/IN**

\_\_\_\_\_  
*Name*

\_\_\_\_\_  
*Vorname*

w  m

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

\_\_\_\_\_  
*Mobil*

\_\_\_\_\_  
*E-Mail*

**Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte(n)/  
der/die Zahlungspflichtige(n)**

\_\_\_\_\_  
*Name Mutter*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon / E-Mail*

\_\_\_\_\_  
*Name Vater*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon / E-Mail*

**Der Vertrag wird erst gültig mit der Aufnahme-  
bestätigung durch Dr. Hoch's Konservatorium.  
Die Bestätigung ist Bestandteil des Vertrages.**

**Eine Aufnahme in die ANE nach  
bestandener Aufnahmeprüfung ist von  
freien Unterrichtsplätzen abhängig.**



**WICHTIGE BESTÄTIGUNG DURCH DEN KUNDEN:**

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen (letztes Blatt) habe ich erhalten.  
Mit ihrer Geltung für diesen Vertrag bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Unterschrift des/der Schülers/in bzw.  
Erziehungsberechtigten**

**Unvollständige und nicht unterschriebene Anmeldungen werden nicht bearbeitet**

**Unterschriften für Lastschriftmandat siehe Seite 2 / Rückseite**



**Dr. Hoch´s Konservatorium**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE78ZZZ00000240774

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats**

\_\_\_\_\_  
*Vorname und Name (Kontoinhaber)*

\_\_\_\_\_  
*Straße und Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*Postleitzahl und Ort*

\_\_\_\_\_  
*E-Mail*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

**1. Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige Dr. Hoch´s Konservatorium widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**2. SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige Dr. Hoch´s Konservatorium, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Dr. Hoch´s Konservatorium auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC)

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum, Ort und Unterschrift**



Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich das Dr. Hoch´s Konservatorium über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Die Mandatsnummer (Kassenzeichen) erhalten Sie separat.