

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur folgenden Prüfung „**Telc Sprachprüfung Deutsch**“ bei der Volkshochschule Kreis Offenbach an:

B1 ☐ schriftlich und mündlich ☐ nur schriftlich ☐ nur mündlich (Gebühr 180€)

B2 ☐ schriftlich und mündlich ☐ nur schriftlich ☐ nur mündlich (Gebühr 200€)

C1 ☐ schriftlich und mündlich ☐ nur schriftlich ☐ nur mündlich (Gebühr 220€)

Wenn nur ein Prüfungsteil (mündlich oder schriftlich) abgelegt wird, bitte eine Kopie des Zertifikats beifügen.

Die Prüfung findet am _____ statt.

Mir ist bekannt, dass Abmeldungen bis 6 Wochen vor dem Prüfungstermin kostenfrei und schriftlich möglich sind (Eingang bei der vhs Kreis Offenbach), danach wird die volle Prüfungsgebühr fällig.
Bei Vorlage eines ärztlichen Attestes (Eingang vhs bis zu 2 Tagen nach der Prüfung) für den Prüfungstag sind 50% der Prüfungsgebühr fällig.

Familienname _____

Vorname _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/ Ort _____

Tel.-Nr. _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ ☐ männlich / ☐ weiblich

Geburtsort _____ Geburtsland _____

Muttersprache _____ Ausweisnummer _____

- ☐ Mit der Unterschrift erkenne ich die AGBs sowie die Prüfungsordnung der Telc gGmbH an.
- ☐ Mir sind die Bestimmungen, insbesondere die Regularien zur Prüfungssicherheit (§§ 5; 15, 16 PO) bekannt.
- ☐ Ich gebe mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten zwecks Prüfungsdurchführung und -auswertung an die Telc gGmbH weitergegeben werden dürfen.
- ☐ Mit der Unterschrift werden die Teilnehmerbedingungen sowie die Datenschutzbestimmungen der vhs Kreis Offenbach (www.vhs-kreis-offenbach.de) anerkannt und das Einverständnis zur Weitergabe der persönlichen Daten zwecks Prüfungsdurchführung und -auswertung an die Telc gGmbH gegeben.

Datum / Unterschrift

☐ Ich möchte per Rechnung bezahlen

☐ Für Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandats bitte die Rückseite des Formulars ausfüllen und unterschreiben

☐ **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats** (Kreiskasse Offenbach, Gläubiger-ID DE84ZZZ00000096815)

Ich ermächtige die Kreiskasse Offenbach Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der veranstaltenden vhs auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Ort, Datum und Unterschrift

Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur im Original gültig, daher bitte per Post schicken oder persönlich abgeben!