

ANMELDEFORMULAR SPRACHKURS

Füllen Sie bitte dieses Formular sorgfältig aus, und schicken Sie uns das unterschriebene Formular per Post, per Fax oder per E-Mail.

Sprachzentrum Berlin (SZB)
Berliner Straße 53, D-10713 Berlin
Beilsteiner Straße 121, D-12681 Berlin
Fon: +49-(0)30-79 74 20 71
Fax: +49-(0)30-79 74 22 26
E-Mail: info@sprachzentrum-berlin.de
www.sprachzentrum-berlin.de

Persönliche Angaben

Vorname: _____ Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Land: _____ E-Mail: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Ich melde mich für den/die nachstehenden Deutschkurs/e an:

KURSTYP 1: Intensivkurs Standard mit 20 Unterrichtsstunden wöchentlich (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

- | | | | |
|-----------------------|--|------------|-----------------|
| <input type="radio"/> | „Deutsch als Fremdsprache“ Grundstufe I A1 | (2 Monate) | 275.- pro Monat |
| <input type="radio"/> | „Deutsch als Fremdsprache“ Grundstufe II A2 | (2 Monate) | 275.- pro Monat |
| <input type="radio"/> | „Deutsch als Fremdsprache“ Grundstufe III B1 | (2 Monate) | 275.- pro Monat |
| <input type="radio"/> | „Deutsch als Fremdsprache“ Mittelstufe I B2 | (2 Monate) | 275.- pro Monat |
| <input type="radio"/> | „Deutsch als Fremdsprache“ Mittelstufe II C1 | (2 Monate) | 275.- pro Monat |
| <input type="radio"/> | „Deutsch als Fremdsprache“ Oberstufe C2 | (2 Monate) | 275.- pro Monat |

Gewünschter Anfangstermin für den Deutschkurs: _____

Gewünschte Kursdauer:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> zwei Monate | <input type="radio"/> vier Monate | <input type="radio"/> sechs Monate |
| <input type="radio"/> acht Monate | <input type="radio"/> zehn Monate | <input type="radio"/> zwölf Monate |
| oder ____ Monate | | |

KURSTYP 2: Intensivkurs, prüfungsvorbereitend (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

- | | | |
|-----------------------|---|-----------------|
| <input type="radio"/> | DSH Vorbereitung Standard (2 Monate, 20 Unterrichtsstunden wöchentlich) | 395.- pro Monat |
| <input type="radio"/> | TestDaF Vorbereitung Standard (2 Monate, 20 Unterrichtsstunden wöchentlich) | 395.- pro Monat |

Gewünschter Anfangstermin für den Kurs: _____

Rechnungsadresse: (falls abweichend)

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Kunden-Nr: _____
(sofern vorhanden)



ANMELDEFORMULAR SPRACHKURS - SEITE 2

ZAHLUNGSARTEN DER KURSGEBÜHR: (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

- BARZAHLUNG
- ÜBERWEISUNG (innerhalb 14 Tagen) Wenn Sie die Zahlungsweise "Überweisung" wählen, senden wir Ihnen die Rechnung per Post, Fax oder E-Mail.

Rechnungsadresse: (falls abweichend)

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Kunden-Nr: _____
(sofern vorhanden)

- VISA - Wenn Sie per Kreditkarte bezahlen wollen, füllen Sie bitte folgendes Formular aus:
- MASTERCARD - Wenn Sie per Kreditkarte bezahlen wollen, füllen Sie bitte folgendes Formular aus:



Name / Karteninhaber: _____
Nummer: _____
Gültig bis: _____
Kartenprüfnummer: _____
(Dies sind die letzten drei Zahlen der Nummer auf der Rückseite)

- LASTSCHRIFT - Wenn Sie per Lastschrift bezahlen wollen, füllen Sie bitte folgendes Formular aus:



Bitte komplette Bankverbindung angeben

Name / Karteninhaber: _____
Name der Bank: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Mit der Unterschrift werden die Teilnahmebedingungen (AGB) des Sprachzentrums Berlin als rechtlich verbindlich anerkannt.

Ort / Datum

Unterschrift des Kunden

wird vom Sprachzentrum Berlin ausgefüllt

Einstufungstest: Punkte _____

Kursanfangsdatum: _____

Kursendedatum: _____

Verlängerung bis: _____

Bemerkung: _____