U N T E R R I C H T S V E R T R A G

Lehrer: Tadler Roland

Strasse: Am Ziegelstadl 10 Telefon: 08709- 943377
Ort: 84184 Tiefenbach / Ast Mobil: 0160- 8347867

Schüler: Name_____ Geboren am:_____

Erziehungsberechtigte_____ Telefon_____

Mobil_____

Straße/ Nr._____ Ort _____

1. Unterrichtsbeginn : ab…… ……. Instrument…….……

2. Der Unterricht findet 1x wöchentlich statt, der genaue Termin wird vereinbart.
Einzelunterricht O 20 Min oder O 30 Min

3. UNTERRICHTSGEBÜHREN:

Einzelunterricht:	20 Min	11 Monate	a	50,- €	(August ist Unterrichtsgebührenfrei)
Einzelunterricht:	30 Min	11 Monate	a	65,- €	(August ist Unterrichtsgebührenfrei)

4. In den Ferien sowie an Sonn- und Feiertagen (inkl. Buß-und Bettag) entfällt der Unterricht ersatzlos.

5. Eine Erhöhung der Unterrichtsgebühren ist möglich. (schriftliche Benachrichtigung mindestens ein Monat vorher)

6. Für Unterricht der auf Veranlassung des Schülers ausfällt besteht kein Anspruch auf Ersatz
Bei längerer Krankheit (3 Wochen) können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

7. Fallen Unterrichtsstunden aus, weil der Lehrer krank oder verhindert ist, so werden diese nachgeholt.

8. Schüler, die an ansteckenden Krankheiten (Masern, Mumps, Scharlach etc.) leiden,
sind (aus Rücksicht gegenüber den anderen Schülern) vom Unterricht ausgeschlossen.

9. Die Aufsichtspflicht des Lehrers beginnt und endet jeweils mit Anfang bzw. Ende der Unterrichtseinheit.

10 Eine Kündigung des Unterrichtsvertrages ist zum Ende des Folgemonats möglich,
auch von der Seite des Lehrers, und hat schriftlich zu erfolgen

Ich habe den Unterrichtsvertrag gelesen, und erkläre mich mit den Bedignungen einverstanden:

..... …….. .....…
Datum **Lehrer** **Schüler / Erziehungsberechtigter**

O > SEPA-**Lastschriftmandat:**
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE75ZZZ00000839027

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

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichteten Zahlungen aus obiger Vereinbarung bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

IBAN_____
Hinweis: Die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

durch Lastschrift einzuziehen. Name des Kontoinhabers:_____

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift des Kontoinhabers**

O > **Überweisung:** Bankverbindung: VR-Bank Landshut, IBAN: **DE 517439 0000 0008 1047 00** ; BIC:GENODEF1LH1
(bitte Vor- und Nachname des Kindes angeben)