MUSIKSCHULE
REGION SCHALLABURG

Bitte **bis 30. Juni des jeweiligen Schuljahres** in der Musikschule (Standort Loosdorf) abgeben.

Name: ____

Anschrift: ____

An die
Marktgemeinde Loosdorf
Europaplatz 11
3382 Loosdorf

Loosdorf, am ....

Bertreff: Geschwisterermäßigung für das Schuljahr 2025/2026

Ich ersuche um eine Geschwisterermäßigung für

1. ____________________ ________ ________ __________
Name des Kindes geboren am Fach Jahreshonorar

2. ____________________ ________ ________ __________
Name des Kindes geboren am Fach Jahreshonorar

3. ____________________ ________ ________ __________
Name des Kindes geboren am Fach Jahreshonorar

Der Betrag möge bitte auf das Geldinstitut_________________________

BIC: __________________ IBAN:_ _________________________
überwiesen werden.

____
Unterschrift