Anmeldung zur Frühstücksbetreuung

FGTS Hüttersdorf

Personalien des Schülers/in:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	Klassenstufe *(z.Z. der Anmeldung)*

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind ab _____ für das Schuljahr _____ an.
(Datum)

Frühbetreuung
Betreuung von Montag bis Freitag von 07:00 – 08:00 Uhr
Elternbeitrag **20,00 €/Monat**, mit Geschwisterrabatt **15,00 €/Monat**

Zuzüglich eine Vorauszahlung für das Frühstück i.H.v. **15,00 €/Monat**

Das Angebot „Frühstücksbetreuung“ wird nur eingerichtet und betrieben, wenn sich genügend Kinder (mind. 10) anmelden.

Personalien der Erziehungsberechtigten:

Namen des Erziehungsberechtigten	Name des Erziehungsberechtigten
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Telefon, Handy	Telefon, Handy
E-Mail	E-Mail

Gemeinde Schmelz Rathausplatz 1 66839 Schmelz Telefon: 06887-301-0 Fax: 06887-7834

Einverständniserklärung

Es finden die verbindlichen Regelungen über die Nachmittagsbetreuung an der freiwilligen Ganztagsschule in der Gemeinde Schmelz auf dieses Vertragsverhältnis sinngemäß Anwendung. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Vertragsbedingungen an.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift/Stempel der Gemeinde

Gemeinde Schmelz Rathausplatz 1 66839 Schmelz Telefon: 06887-301-0 Fax: 06887-7834

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Gemeindekasse Schmelz
Rathausplatz 1
66839 Schmelz

Gläubigeridentifikationsnummer: DE73ZZZ00000057728

Mandatsreferenz (Kassenzeichen): _____

Forderungsart: **Elternbeitrag FGTS und Essensbeitrag**

Name des Kindes/der Kinder: _____
(Bitte den Namen des Kindes/der Kinder eintragen)

1. SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige die Gemeindekasse Schmelz Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeindekasse Schmelz 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.
Im Falle der Nichteinlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung, werden Ihnen die hieraus entstehenden Kosten auf Ihrem Kundenkonto belastet und das SEPA-Mandat gelöscht.

<u>Angaben zum Kontoinhaber:</u>

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

_____ _____
(Kontonummer) (Bankleitzahl)

BIC (11-stellig): __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __

IBAN (22-stellig): DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

_____
Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Gemeindekasse Schmelz über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.
Im Falle der Nicht-Einlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung werden Ihnen die hieraus entstandenen Kosten auf ihrem Kundenkonto belastet und das SEPA-Mandat gelöscht.