Anmeldung zur Mittagsbetreuung Attenkirchen zum: _____

Familienname und Vorname des Kindes		**Geburtstag:**
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort		
Namen der Erziehungs-berechtigten		
Telefonnummern für Notfälle	**Vater: privat:** **mobil:** **Mutter: privat:** **mobil:** **Sonstige (Name): privat:** **mobil:**	
Betreuungszeiten	☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ **bis 14:45 Uhr** 4 – 5 Tage 1. Kind 78,00 EUR, 2. Kind 60,00 EUR bis zu 3 Tage 1. Kind 60,00 EUR, 2. Kind 42,00 EUR ☐ **bis 15:45 Uhr** 4 – 5 Tage 1. Kind 109,00 EUR, 2. Kind 84,00 EUR bis zu 3 Tage 1. Kind 84,00 EUR, 2. Kind 59,00 EUR ☐ **bis 16:45 Uhr** 4 – 5 Tage 1. Kind 140,00 EUR, 2. Kind 108,00 EUR bis zu 3 Tage 1. Kind 108,00 EUR, 2. Kind 76,00 EUR	
Essenstage (4,40 € / Essen)	☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag	

Ich/Wir sind darüber informiert, dass die Satzung für die Einrichtung der Mittagsbetreuung an der Grundschule Attenkirchen (Mittagsbetreuungssatzung) sowie die Satzung über die Erhebung von Gebühren für die Einrichtung der Mittagsbetreuung an der Grundschule Attenkirchen (Mittagsbetreuungsgebührensatzung) in der jeweils gültigen Fassung auf diese Anmeldung Anwendung findet.

Die Satzungen sind auf der Homepage der Gemeinde Attenkirchen einsehbar.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte

VERWALTUNGS-GEMEINSCHAFT ZOLLING

SEPA - Lastschriftmandat

Gemeinde / Zahlungsempfänger **mit** Gläubiger Identifikationsnummer:

DE68ZZZ00000196334

Personenkonto:
(füllt Gemeinde aus) _____

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Hinweis: Im Falle der NICHT-Einlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung werden Ihnen die hieraus entstehenden Kosten auf Ihrem Abgabenkonto belastet. Im Wiederholungsfall kann das SEPA-Mandat gelöscht und entstandene Kosten eingefordert werden.

Wir benötigen Ihre PERSÖNLICHE UNTERSCHRIFT!
Bei mehreren Kontoinhabern sind alle namentlich zu nennen und auch alle Unterschriften nötig. *)

Bitte senden Sie dieses Formular unterschrieben nur im Original zu!

Kontoinhaber/n: _____
Name/n, Vorname/n *)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon E-Mail

Kontoverbindung: _____
Name des Kreditinstituts

D	E																				

IBAN

BIC

Das SEPA-Lastschriftmandat kann für folgende Leistungen eingesetzt werden:

Betroffenes Kind: _____

☐ **Gültig für rückwirkende Forderungen** ☐ **Gültig ab sofort** ☐ **Gültig ab:** _____ (Datum)

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift/en Kontoinhaber/n *)