

Eltern:

Name: _____ Tel.: _____

Straße/Ort: _____

Verbandsgemeindeverwaltung Bad Bergzabern
- Schulabteilung -
Königstraße 61

76887 Bad Bergzabern

**Anmeldung für die Betreuende Grundschule Steinfeld
im Schuljahr 2023/2024**

Hiermit melde ich mein/unser Kind:

Name _____**Geburtsdatum** _____ **Klasse** _____für die Betreuende Grundschule, **für den Zeitraum bis 13.30 Uhr an.**Anmeldung: Montag bis Freitag Anmeldung: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag jeweils mit Mittagessen zum Preis von 3,50 € pro Essen ohne Mittagessen Mein/unser Kind wird um : Uhr abgeholt. (Bitte Uhrzeit eintragen!) Mein/unser Kind darf um : Uhr alleine nach Hause gehen. (Bitte Uhrzeit eintragen!) Mein/unser Kind fährt um 12:50 Uhr mit dem Bus.

Der Elternbeitrag beträgt für 1,5 Betreuungsstunden **15,00 €** pro Monat und wird für 11 Monate erhoben.

Die Kosten für das Mittagessen sind immer am Anfang des darauf folgenden Monats zu begleichen.

Sollten mehr Anmeldungen eingehen als Plätze vorhanden sind (20 Kinder pro Tag/Gruppe), müssen wir nach Anmeldungstermin vorgehen.

DESHALB:

Melden Sie Ihr Kind so bald wie möglich an, spätestens direkt vor den Sommerferien. Nur so kann eine rechtzeitige und verlässliche Organisation erfolgen.

Datum, Unterschrift**Zutreffendes bitte ankreuzen!!!**

Bitte senden Sie das Mandat unterschrieben im Original zurück!

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE629500000940044

Mandatsreferenz

Verbandsgemeindekasse

Bad Bergzabern
Königstraße 61
76887 Bad Bergzabern

Zahlungspflichtiger

Zahlungsgrund

Wiederkehrende Zahlungen aufgrund:

--

für Objekt:
Essensgeld GTS Steinfeld / Betreuung
(Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Buchungsnummer:

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige | Wir ermächtigen die **Verbandsgemeindekasse Bad Bergzabern**, Zahlungen von meinem | unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein | weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Bad Bergzabern auf mein | unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug soll ab: **sofort** oder ab: __.__. **202**__ erfolgen.

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

Meine | Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name des Kreditinstitutes

IBAN

-----|-----|-----

BIC

(Anm.: IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Nur ausfüllen, wenn **Kontoinhaber** mit dem oben angegebenen Zahlungspflichtigen **nicht identisch** ist.

Name

Straße & Hausnummer

Vorname

PLZ & Ort