

Anmeldung zum Mittagessen

Der offenen Ganztagschule der Grundschule



MARKT REISBACH
Platz für ein Lächeln.



Ich melde mein Kind

Name

Vorname

Geb. Datum

Konfession

Klasse (ab September)

Schulort

zum Mittagessen verbindlich an.

Besonderheiten (z.B. kein Schweinefleisch, Allergien, Unverträglichkeiten usw.):

☐

Ich benötige

- ☐ 2 Tage / Woche 32,00 € / monatlich
- ☐ 3 Tage / Woche: 48,00 € / monatlich
- ☐ 4 Tage / Woche: 64,00 € / monatlich
- ☐ 5 Tage / Woche: 80,00 € / monatlich

Hinweis:

Die Pauschale entspricht bei
38 Schulwochen pro Essen 5,00 €.

Die entsprechenden Essenstage sind zum Beginn des Betreuungsjahres bzw. jeweils zum Monatsanfang zu buchen. Umbuchungen sind maximal zweimal im Jahr möglich. Bei Abwesenheit kann das Essen abgeholt werden. Eine Kostenerstattung findet nicht statt. Die Kosten unterliegen einer Jahreskalkulation und fallen daher auch in der Ferienzeit (Schließtage) an. Eine Änderung/Abbestellung ist deshalb ab Juni nicht mehr gestattet.

Das Kind soll an folgenden Tagen am Mittagessen teilnehmen:

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

Name und Anschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname

Straße

Telefon-Nr.

Wohnort

Reisbach, den _____

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Wird vom Markt Reisbach ausgefüllt:

EDV-Erfassung am _____

Namenszeichen: _____

PK-Nr. _____

Markt Reisbach

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Markt Reisbach



Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: Landauer Straße 18

Postleitzahl und Ort: 94419 Reisbach

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE83ZZZ00000014577

PK: _____

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Wird gesondert mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (**Markt Reisbach**), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (**Markt Reisbach**) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen und Entgelte.

Zahlungsart: ☒ Wiederkehrende Zahlungen

☐ Einmalige Zahlung

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Anschrift des Zahlungsleistenden (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Name des/der Zahlungsleistenden: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen/-leistenden (max. 22 Stellen):

DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen):

Reisbach, den _____ **Ort, Datum (bitte unbedingt ausfüllen)**

Unterschrift(en) des (der)Zahlungspflichtigen:

**Erfassungsvermerk des Marktes
(Datum, Handzeichen.)**
