



# VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER GRUNDSCHULE BAD SALZIG

Im Hofel 16 - 56154 Boppard

Email: foerderverein@grundschule-bad-salzig.de - www.grundschule-bad-salzig.de - Telefon: 0171 / 7656703

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

## Anmeldung zur Betreuenden Grundschule

(Rückgabe bis spätestens \_\_\_\_\_ an die Schule!)

Mein Sohn / meine Tochter

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kindes

Klassenstufe im nächsten Schuljahr: \_\_\_\_\_

soll im Schuljahr \_\_\_\_\_ an der **Betreuenden Grundschule**  
(bis 13.00 Uhr) teilnehmen:

- montags - freitags (Halbjahresbeitrag 78,00 €)
- freitags nur für Ganztagskinder (Halbjahresbeitrag 30,00 €)

Ich/Wir erteilen die notwendige Einzugsermächtigung mittels SEPA-Lastschriftmandat (s. Rückseite) zum Einzug des entsprechenden Elternbeitrages ab Beginn der Betreuung.

Die Anmeldung zur Betreuenden Grundschule setzt die Mitgliedschaft im Förderverein voraus, da ein großer Teil der Personal- und Sachkosten vom Förderverein getragen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER GRUNDSCHULE BAD SALZIG

Im Hofel 16 - 56154 Boppard

Email: foerderverein@grundschule-bad-salzig.de - www.grundschule-bad-salzig.de - Telefon: 0171 / 7656703

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:  
Verein der Freunde und Förderer der Grundschule Bad Salzlig e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:  
Straße und Hausnummer: Im Hofel 16  
Postleitzahl und Ort: 56154 Boppard-Bad Salzlig

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE63ZZZ00000271696

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**  
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**  
Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):\***

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:\***  
Straße und Hausnummer:  
  
Postleitzahl und Ort:

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):\***  
D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):\***

**\*notwendige Angaben**  
-----  
Ort, Datum  
  
-----  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen