



VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER GRUNDSCHULE BAD SALZIG

Im Hofel 16 - 56154 Boppard

Email: foederverein@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 90,00 €)**
- freitags nur für Ganztagskinder (Halbjahresbeitrag 35,00 €)**

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: foederverein@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 Salzig e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer: Im Hofel 16

Postleitzahl und Ort: 56154 Boppard-Bad Salzig

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