VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER
GRUNDSCHULE BAD SALZIG
Mooshell 4 · 56154 Boppard - Bad Salzig
Email: foerderverein@grundschule-bad-salzig.de · www.grundschule-bad-salzig.de · Telefon: 0171 / 5458070

_____
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
Mooshell 4 · 56154 Boppard - Bad Salzig
Email: foerderverein@grundschule-bad-salzig.de · www.grundschule-bad-salzig.de · Telefon: 0171 / 5458070

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: Mooshell 4 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

VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER
GRUNDSCHULE BAD SALZIG
Mooshell 4 · 56154 Boppard - Bad Salzig
Email: foerderverein@grundschule-bad-salzig.de · www.grundschule-bad-salzig.de · Telefon: 0171 / 5458070