

Veränderungsanzeige- Offene Ganztagsangebote der OGS Ellerau

Ich möchte mein Kind ab dem _____ anmelden für:

Kurs-Nr.	Was	Wann	Wo	mtl. Gebühren	bisherige Buchung	neue Buchung
----------	-----	------	----	---------------	-------------------	--------------

G 6.10	Wochenbetreuung Montag - Freitag	7-15 Uhr	Dorfstr. 49/51	161,08 €		
G 6.20		7-17 Uhr		241,61 €		

G 1.00	Frühbetreuung 7:00-8:45 Uhr	Montag	Dorfstr. 49/51	16,58 €		
G 2.00		Dienstag		16,58 €		
G 3.00		Mittwoch		16,58 €		
G 4.00		Donnerstag		16,58 €		
G 5.00		Freitag		16,58 €		

G 1.10A	Mittagsbetreuung 12:45-14:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 49/51	11,84 €		
G 2.20A		Dienstag		11,84 €		
G 3.30A		Mittwoch		11,84 €		
G 4.40A		Donnerstag		11,84 €		
G 5.50A		Freitag		11,84 €		

G 1.10B	Nachmittagsbetreuung 12:45-15:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 49/51	21,32 €		
G 2.20B		Dienstag		21,32 €		
G 3.30B		Mittwoch		21,32 €		
G 4.40B		Donnerstag		21,32 €		
G 5.50B		Freitag		21,32 €		

G 1.10C	verlängerte Nachmittagsbetreuung 15:00-17:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 49/51	18,95 €		
G 2.20C		Dienstag		18,95 €		
G 3.30C		Mittwoch		18,95 €		
G 4.40C		Donnerstag		18,95 €		
G 5.50C		Freitag		18,95 €		

Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt in der Dorfstraße 49 ab.

Daten des Kindes

Nachname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Klasse: _____

Daten eines Erziehungsberechtigten

Nachname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Bitte füllen Sie das umseitige
SEPA-Basislastschriftmandat aus.

Die Satzung der Einrichtung wird durch
Ihre Unterschrift anerkannt.

Datum

Unterschrift

Personenkonto:		Mandatsnummer: <small>(von der Behörde auszufüllen)</small>	
-----------------------	--	---	--

An die
 Gemeindekasse Ellerau
 Rathausplatz 1
 25451 Quickborn

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE16ZZZ00000038578

ERTEILUNG EINES SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDATS

Ich/Wir ermächtigen die Finanzbuchhaltung Ellerau, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Finanzbuchhaltung Ellerau auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

- Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
- Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
- Mir/uns ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift das SEPA-Mandat sofort gelöscht wird und die **entstandenen Rücklastschriftgebühren zu erstatten** sind.
- Mir/uns ist bekannt, dass Abbuchungen vom Sparbuch gesetzlich verboten sind.
- Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass auch rückständige Forderungen und Nebenforderungen mit diesem Mandat eingezogen werden dürfen. **(wenn nicht bitte streichen)**

folgende wiederkehrende Zahlungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer → Grundstückslage _____ | |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Miete / Pacht |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Miete / Nebenkosten u.a. Seniorenwohnanlage |
| <input type="checkbox"/> Kindergartengebühr | <input type="checkbox"/> Betreuung OGS |
| <input type="checkbox"/> Verpflegungsgeld Mensa | <input type="checkbox"/> VHS-Kursgebühr |
| <input type="checkbox"/> weiteres _____ | |

Vorname und Nachname (Bank-Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Name Kreditinstitut	
IBAN D E	BIC
Ort	Datum
Original-Unterschrift des Bank-Kontoinhabers (zwingend erforderlich für die Anerkennung des SEPA-Mandats)	

Bitte nicht faxen oder mailen!