

**Pfiffikus Antrag - Nachmittagsbetreuung der VHS Ellerau**

Ich möchte mein Kind ab dem \_\_\_\_\_ anmelden für:

Kurs-Nr.	Was	Wann	Wo	mtl. Gebühre	Bedarf bitte ankreuzen
----------	-----	------	----	--------------	---------------------------

G 1.10C	<b>verlängerte Nachmittagsbetreuung 15:00-17:00 Uhr</b>	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.**

Ich möchte mein Kind \_\_\_\_\_ für folgende Tage in den Schulferien anmelden:

Zeit	Was	Wann	Wo	Gebühren	Bedarf bitte ankreuzen
4.04.- 8.04.2022	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	
11.04.- 14.04.2022	Montag - Donnerstag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	24,00 €	
4. 07.- 8.07.2022	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	
11.07.- 15.07.2022	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	
18.07.- 22.07.2022	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 50	31,00 €	

**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

<b>Personenkonto:</b>		<b>Mandatsnummer:</b> <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 <b>D</b> <b>E</b>	BIC 
Ort	Datum
Original-Unterschrift des <b>Bank-Kontoinhabers (zwingend erforderlich für die Anerkennung des SEPA-Mandats)</b>	

**Bitte nicht faxen oder mailen!**