

## Antrag - Offene Ganztagsangebote der OGS Ellerau

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

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

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

G 1.00	Frühbetreuung 7:00-9:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 51	18,95 €	
G 2.00		Dienstag		18,95 €	
G 3.00		Mittwoch		18,95 €	
G 4.00		Donnerstag		18,95 €	
G 5.00		Freitag		18,95 €	

G 1.10A	Mittagsbetreuung 13:00- 14:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 51	9,48 €	
G 2.20A		Dienstag		9,48 €	
G 3.30A		Mittwoch		9,48 €	
G 4.40A		Donnerstag		9,48 €	
G 5.50A		Freitag		9,48 €	

G 1.10B	Nachmittagsbetreuung 13:00-15:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 51	18,95 €	
G 2.20B		Dienstag		18,95 €	
G 3.30B		Mittwoch		18,95 €	
G 4.40B		Donnerstag		18,95 €	
G 5.50B		Freitag		18,95 €	

G 1.10C	verlängerte Nachmittagsbetreuung 15:00-17:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 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 51 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

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

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:

- Grundsteuer → Grundstückslage \_\_\_\_\_
- Gewerbesteuer                       Miete / Pacht
- Hundesteuer                               Miete / Nebenkosten u.a. Seniorenwohnanlage
- Kindergartengebühr                       Betreuung OGS
- Verpflegungsgeld Mensa               VHS-Kursgebühr
- weiteres \_\_\_\_\_

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

**Bitte nicht faxen oder mailen!**