

Schule 8-13 Uhr

Verein Kindertraum e.V.

Elterninitiative
KINDERTRAUM
MENSCHENLEBEN
wir sind inklusion

Angaben zur Betreuung 8-13 Uhr

Ich melde verbindlich für das Schuljahr _____ mein Kind/meine Kinder

Vorname _____ Nachname _____

Vorname _____ Nachname _____

Adresse Straße _____ Plz/Ort _____

Telefon Festnetz _____ Mobil _____

E-Mail _____

Notfalladresse _____

Beitrag

Der Jahresbeitrag beträgt 318 Euro. Er ist in zwölf Monatsraten à 26,50 Euro zu zahlen. Geschwisterkinder erhalten 20 Prozent Ermäßigung.

Ich weiß, dass die Anmeldung verbindlich für ein ganzes Schuljahr gilt.

Nettetal, den _____ Unterschrift _____

Verein Kindertraum bestätigt die Aufnahme in die Schule 8 bis 13 Uhr

Eltern: Bitte nicht ausfüllen!!!!

Nettetal, den _____ Unterschrift _____

Vorsitzender: Ludger Peters
E-Mail: ludger.peters@aol.de
Telefon: 02157 4448
Sitz: Im Sandfeld 5
Ort: 41334 Nettetal

SEPA-Lastschriftmandat

Zum Einzug der Beiträge wird mit dem Zahler ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen. Der Beitragseinzug erfolgt jeweils am dritten Tag eines jeden Monats. (Rückseite)

Gebühren

Alle im Zusammenhang einer Rücklastschrift entstehenden Gebühren sind vom Zahler zu tragen. Die einmalige Erinnerung an evtl. Außenstände ist kostenfrei.

Datenspeicherung

Der Zahlungspflichtige ist einverstanden, dass seine Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

Verein Kindertraum e.V.

Vorstand Ludger Peters, Jürgen Daniel, Anne Küppers

Bank: Sparkasse Krefeld

BIC: SPKR DE 33,

IBAN DE91 3205 0000 0036 6033 97

Anlage zum Antrag Schule 8-13 Uhr von: _____

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verein Kindertraum e.V

Ludger Peters
Im Sandfeld 5
41334 Nettetal

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE89ZZZ00001286915

Mandatsreferenz-Nr.

WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich/Wir ermächtige(n) den Kindertraum e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Kindertraum e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben **Kontoinhaber / Zahler:**

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

_____, den _____ Unterschrift: _____

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)