



ANMELDEFORMULAR

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule

Hiermit melde ich / melden wir (Name und Vorname des/der Erziehungsberechtigten):

(Straße u. Haus-Nr., PLZ u. Wohnort):

mein / unser Kind:

_____ (Name und Vorname des Kindes)

ab dem Schuljahr 2020 / 2021

ab

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule in Helmstadt an.

Für mein/unser Kind benötige/n ich/wir folgende Betreuungszeiten:

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

in der Zeit von 7:00 Uhr bis 8:30 Uhr für **30,00 €** monatlich

in der Zeit von 13:00 Uhr bis 14:00 Uhr (Montag bis Donnerstag) bzw. 12:00 Uhr bis 14:00 Uhr (Freitag) für **30,00 €** monatlich

in der Zeit von 7:00 Uhr bis 8:30 Uhr und von 13:00 Uhr bis 14:00 Uhr (Montag bis Donnerstag) bzw. 12:00 Uhr bis 14:00 Uhr (Freitag) für **50,00 €** monatlich

5-Tages-Gutschein für **20,00 €**

Anzahl: _____ (Bitte hier auch die Anzahl der Gutscheine angeben.)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte unbedingt die Einzugsermächtigung für die Gemeindekasse Helmstadt-Bargen auf der Rückseite dieses Anmeldeformulars ausfüllen und unterschreiben !

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Gemeindekasse 74921 Helmstadt-Bargen, Rabanstraße 14

DE41ZZZ0000011453

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Helmstadt-Bargen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Helmstadt-Bargen 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise **Abbucher** to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor **Abbucher**.

Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information:

**Die Abbuchung des Kostenbeitrags erfolgt monatlich für 9 Monate.
Für die Monate Juli, August und September erfolgen keine Abbuchungen.**
(⇒ entfällt bei den 5-Tages-Gutscheinen)

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	74921 Helmstadt-Bargen Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	de IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
	Kernzeitbetreuung Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	Kernzeitbetreuung Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum
City and date of signature(s)

Helmstadt-Bargen, den _____

Unterschrift(en)/Signatures _____