

Grundschule auf dem Süsteresch

Verlässliche Grundschule für Schüler aller Bekenntnisse

SCHULJAHR 2021/2022

Persönliche Daten des Kindes

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse : _____

Anschrift: _____

Persönliche Daten des Sorgeberechtigten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Notfallnummer: _____

Mobil-Nr.: _____

Anmeldung für die Betreuung

Anmeldung für Betreuung und Ganztag

Für folgende Tage melde ich mein Kind verbindlich an:
BITTE ANKREUZEN!

	Betreuung bis 13.10 Uhr	Ganztag bis 14.00 Uhr	Ganztag bis 15.00 Uhr	Ich buche Mittagessen (3€pro Essen)
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				

Mein Kind darf kein Schweinefleisch essen.

Absprachen zum Heimweg nach Betreuung und Ganztag

Bus	Mein Kind geht allein	Verbindlicher Abholort

(Unterschrift der Sorgeberechtigten)

Bei Anmeldung zum Essen bitte auch die Rückseite ausfüllen!



SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Samtgemeinde Schüttorf

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Markt 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
48465 Schüttorf

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 5 8 G S S 0 0 0 0 0 4 4 0 7 6 0 |

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

| 1 0 . 0 6 . 2 0 2 0 |

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell