

# Mittagsverpflegung für die Kindertageseinrichtungen Dorfknirpse und das Bildungshaus Pfiffikus in der Mensa Ellerau

Aufnahmeantrag     Veränderungsantrag     Kündigung

Kind

Name	Vorname

Personensorgeberechtigte/r

Name	Vorname

Anschrift:

<b>Telefon</b>	<b>Privat:</b>
	<b>Handy:</b>

Mein Kind besucht:

- die Kindertagesstätte Dorfknirpse  
 die Kindertagesstätte Pfiffikus-das Bildungshaus für Kinder

und soll **ab dem:** \_\_\_\_\_ an der Mittagsverpflegung der Mensa Ellerau, Dorfstr. 51, 25479 Ellerau teilnehmen. Das Entgelt beträgt monatlich **50,10 Euro**.

Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeit/Ernährungsgewohnheiten gem. §2 Mensasatzung:

Ich möchte unser Kind gemäß §2 (5) in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen Erkrankung von der Mittagsverpflegung abmelden. Eine Abmeldung ist nur gemäß § 2(5) möglich.

Ich möchte unser Kind zum \_\_\_\_\_ von der Mittagsverpflegung **endgültig** abmelden. Eine Kündigung oder Reduzierung der Verpflegungstage kann schriftlich 4 Wochen zum Monatsende erfolgen.

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

**Hinweise:**

*Die Aufnahme erfolgt in der Regel 2 Wochen nach Antragstellung oder zu einem späteren konkreten Zeitpunkt.*

*Bei Einrichtungswechsel muss eine schriftliche Mitteilung an die Verwaltung erfolgen und das Kind wird zum Tag des Einrichtungswechsels abgemeldet.*

**Schließzeiten:** *In den Schließzeiten der Kindertageseinrichtungen ist keine Erstattung des Verpflegungsgeldes möglich.*

<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:

- |  |  |
|--|--|
| <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 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!**