

Pfiffikus Antrag - Nachmittagsbetreuung der VHS Ellerau

Ich möchte mein Kind ab dem _____ anmelden für:

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

G 1.10C	verlängerte Nachmittagsbetreuung 15:00-17:00 Uhr	Montag	Dorfstr. 49/51	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 49 ab.

Ich möchte mein Kind _____ für folgende Tage in den Schulferien anmelden:

Zeit	Was	Wann	Wo	Gebühren	Bedarf bitte
					ankreuzen
01.04.2021	Donnerstag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	6,00 €	
06.04.- 09.04.2021	Dienstag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	24,00 €	
12.04.- 16.04.2021	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	
21.06.- 25.06.2021	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	
28.06.- 02.07.2021	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	
05.07.- 09.07.2021	Montag - Freitag	15-17 Uhr	Dorfstraße 49	30,00 €	

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

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

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 Bank-Kontoinhabers (zwingend erforderlich für die Anerkennung des SEPA-Mandats)	

Bitte nicht faxen oder mailen!