



Anmeldung zur Ferienbetreuung

Hiermit melde ich meinen Sohn/meine Tochter für den/die ausgewählte(n) Zeiträume verbindlich für die Ferienbetreuung an.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Adresse: _____ E-Mail: _____

Telefon-Nr./Mobilnummer: _____

Name Erziehungsberechtigte: _____

Betreuungszeiträume:		Anmeldung bis spätestens:	Kosten:
<input type="checkbox"/> Sommerferien	28.08. – 31.08.2018		32,- €
<input type="checkbox"/>	03.09. – 10.09.2018	14.07.2018	40,- €
<input type="checkbox"/> Herbstferien	29.10. – 02.11.2018	01.10.2018	40,- €
<input type="checkbox"/> Buß- und Betttag	21.11.2018	01.10.2018	8,- €
<input type="checkbox"/> Faschingsferien	05.03. – 08.03.2019	04.02.2018	32,- €
<input type="checkbox"/> Osterferien	15.04. – 26.04.2019 23.04. geschlossen	10.03.2018	56,- €
<input type="checkbox"/> Pfingstferien	11.06. – 21.06.2019	10.05.2018	64,- €

Montag von bis 15:00 Uhr Stunden

Dienstag von bis 15:00 Uhr Stunden

Mittwoch von bis 15:00 Uhr Stunden

Donnerstag von bis 15:00 Uhr Stunden

Freitag von bis 15:00 Uhr Stunden Stunden gesamt

Bringzeit 7:30 bis 9:00 Uhr

Die Anmeldung wird mit einer Anmeldebestätigung (per E-Mail) verbindlich. Der jeweilige Kostenbeitrag wird ca. 1 Woche vor dem gebuchten Zeitraum von Ihrem Konto abgebucht. Bitte füllen Sie hierfür die Einzugsermächtigung aus.

Ort, Datum

Unterschriften Erziehungsberechtigte

Name des Kindes: _____

Einrichtung: St. Elisabeth _____ Gruppe: Ferienbetreuung _____

Beginn der Betreuung/Einzugsermächtigung:

SEPA Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verein für Kindergarten und Krankenpflege e.V.

Untere Ritterstr. 8

97230 Estenfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

DE27ELI00000165256

Ich ermächtige den Verein für Kindergarten und Krankenpflege Estenfeld e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein für Kindergarten und Krankenpflege Estenfeld e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber

Vorname, Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber