

**Anmeldung für die Mittagsbetreuung  
an der Grundschule Au  
Öffnungszeiten von 11.00 Uhr bis 16.00 Uhr**



Hiermit melde(n) ich (wir) für das Schuljahr 2017 / 2018 (unser) Kind

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Klasse SJ 2017/18 \_\_\_\_\_ zur Mittagsbetreuung **verbindlich** an.

Anschrift Erziehungsberechtigte(r):

Name: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mein (unser) Kind  wird um ..... Uhr abgeholt von \_\_\_\_\_  
 darf um ..... Uhr alleine nach Hause gehen  
 Fährt mit dem Bus um 12.45 Uhr.

Besonders zu beachten ist:

\_\_\_\_\_

Die Betreuung wird an folgenden Wochentagen benötigt:

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

an 1 – 2 Tagen pro Woche von 11.00 Uhr – 14.00 Uhr: monatlich € 32,00

an 3 – 5 Tagen pro Woche von 11.00 Uhr – 14.00 Uhr: monatlich € 44,00

an 1 – 2 Tagen pro Woche von 11.00 Uhr – 16.00 Uhr: monatlich € 38,00

an 3 – 5 Tagen pro Woche von 11.00 Uhr – 16.00 Uhr: monatlich € 55,00

Pauschale für Bastelmaterial und Getränke: 1 – 2 Tage pro Monat € 2,00  
3 – 5 Tage pro Monat € 4,00

(Bitte kreuzen Sie die gewünschte Buchungszeit an.)

Mittagessen: Zusätzlich € 4,00 pro Essen .

Die Abrechnung der Mittagessen erfolgt gesondert im Laufe des folgenden Monats mittels Lastschrift. Der Monatsbeitrag ist ab Mitte September 2017 bis einschließlich Juli 2018 zu bezahlen (10,5 Monate).

Seite 1 von 3

Kufsteiner Str. 54a · 83075 Bad Feilnbach  
40  
Tel. 0 80 66 / 885 700 · Fax 0 80 66 / 885701  
nsh-badfeilnbach@t-online.de  
www.nachbarschaftshilfe-online.de

Vereinregistereintrag:  
Amtsgericht Rosenheim  
Geschäftsnummer: VR 41163  
Vorstand: Hans-Jürgen Monden, Karin Freiheit

VB RB Rosenheim-Chiemsee eG  
IBAN: DE53 7116 0000 0002 56 18

BIC: GENODEF1VRR

Sparkasse Rosenheim-Bad Aibling  
IBAN: DE92 71150000 0000 0704 25  
BIC: BYLADEM1ROS

Telefon-/Handynummern unter denen Mutter, Vater oder andere Kontaktpersonen während der  
Betreuungszeit im Notfall erreichbar sind:

---

---

---

---

Bei meinem Kind muss folgendes beachtet werden (Krankheiten, Allergien etc.):

---

---

---

Bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Kind an dem(n) von Ihnen gebuchten Tag(en) nicht in die  
Mittagsbetreuung kommen kann unter **08064 – 905217** (Anrufbeantworter).

Abmeldungen von gebuchten Mittagessen sind bis 21:00 Uhr des Vortages unter der Nummer  
**08064 – 905217** (Anrufbeantworter) möglich. Nicht rechtzeitig abgemeldete Essen werden berechnet.

**Die Kündigung oder Änderung dieses Vertrages ist bis zum 20. des Monats möglich. Sie ist  
schriftlich an die Ökumenische Nachbarschaftshilfe zu richten und ist ab dem folgenden Monat  
gültig.**

Eine Kündigung durch die Ökumenische Nachbarschaftshilfe ist bei Vorliegen eines wichtigen  
Grundes zulässig.

Bitte erteilen Sie uns mit dem beigefügten Formular, für den Einzug des Monatsbeitrags sowie für das  
in Anspruch genommene Mittagessen, ein SEPA – Basislastschriftmandat.

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit  
es für Zwecke der Mittagsbetreuung erforderlich ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

# Anmeldung Mittagsbetreuung Au 2017 / 2018

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

## SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger:  
Ökumenische Nachbarschaftshilfe in der Gemeinde Bad Feilnbach e.V.  
Kufsteiner Straße 54 a  
83075 Bad Feilnbach

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000749365  
Mandatsreferenz <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ökumenische Nachbarschaftshilfe in der Gemeinde Bad Feilnbach e.V. diese Daten in der EDV speichert und beim elektronischen Lastschriftverfahren einsetzt.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<sup>1</sup> Nach Rückgabe des ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandats wird für Sie eine Mandatsreferenz-nummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Konto-auszugs entnehmen.