



Abonnement Mittagessen

Name und Vorname
des Kindes:

Anschrift:

Telefon / auch Handy:

E-Mail:

Meine Tochter / Mein Sohn soll an folgenden Wochentagen am Schulmittagessen teilnehmen:

MO	DI	MI	DO	FR
<input type="checkbox"/>				

gewünschte Tage
bitte ankreuzen!

Zahlungsbetrag mtl.: 1x Essen / Woche: 4,50 € x 4 Wochen = **18 € mtl.**
2x Essen / Woche: 9,00 € x 4 Wochen = **36 € mtl.**
3x Essen / Woche: 13,50 € x 4 Wochen = **56 € mtl.**
4x Essen / Woche: 18,00 € x 4 Wochen = **72 € mtl.**
5x Essen / Woche: 22,50 € x 4 Wochen = **90 € mtl.**

Das Essensabonnement gilt von ____ / ____ **bis** ____ / ____ (min. Laufzeit 3 Monate)
Monat Jahr Monat Jahr

(Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Monatsende)

Das Abonnement verlängert sich immer automatisch um weitere drei Monate, wenn es nicht von einer Vertragspartei mit einer Frist mit drei Monaten zum Vertragsende gekündigt wird.

Die Zahlung erfolgt monatlich im Voraus per Lastschrift. Abbuchungstag ist der 1. des jeweiligen Monats. Bedenken Sie bitte: **Erst der Eingang des Geldes berechtigt zur Teilnahme am Mittagessen!**

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen wurden mir/uns ausgehändigt und von mir/uns gelesen.

Datenschutzerklärung

Ziel e. V. erhebt Ihre persönlichen Daten ausschließlich zu verwaltungs- und abrechnungstechnischen Zwecken. Eine Übermittlung Ihrer Daten an Dritte zu anderen als den genannten Zwecken findet nicht statt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Verwendung Ihrer Daten zu den genannten Zwecken ein. Diese Einwilligung können Sie gegenüber Ziel e. V. jederzeit widerrufen.

Bergisch Gladbach, _____

Erziehungsberechtigte(r)

Verein ZIEL e.V.

****** Der Betrag von 4,50 € ist ein Durchschnittspreis pro Essen und beinhaltet sowohl Material- als auch Personalkosten ausgehend von einer Kalkulation der Zahlung über 12 Monate



ZIEL e.V. (Zusammenarbeit, Integration, Erziehung, Lernen)

Geschäftsadresse: ZIEL e. V., Schlehecken 5A, 51429 Bergisch Gladbach, E-Mail: ziel.ev@web.de

Einzugsermächtigung für den Beitrag in Höhe von 18 € / 36 € / 56 € / 72 € / 90 € (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Ziel e. V.
Schlehecken 5A

51429 Bergisch Gladbach

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE65ZZZ00000079018

[Mandatsreferenz / wird von Ziel e.V. vergeben]

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Ziel e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Ziel 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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut::

IBAN:
DE