



GEMEINDE RÖHRMOOS

Rathausplatz 1, 85244 Röhrmoos

Sachbearbeiterin: Frau Reulein
Telefon 08139/9301 - 31 Telefax 0 8139 9301 - 20 E-Mail: fin@roehrmoos.de
Internet: <http://www.roehrmoos.de>

Anmeldung zur Ferienbetreuung

Hiermit melde/n ich/wir verbindlich das Kind _____, geb. _____
wie folgt für die Ferienbetreuung in den Räumen der Mittagsbetreuung (Grundschule Röhrmoos) an:

Datum	Uhrzeit von bis (bitte am jeweiligen Wochentag eintragen)					Essen	
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Ja	Nein
10.04.17 – 14.04.17 Osterferien					Feiertag		
17.04.17 – 21.04.17 Osterferien	Feiertag						
05.06.17 – 09.06.17 Pfingstferien	Feiertag						
12.06.17 – 16.06.17 Pfingstferien				Feiertag			
31.07.17 – 04.08.17 Sommerferien							
07.08.17 – 11.08.17 Sommerferien							
14.08.17 – 18.08.17 Sommerferien		Feiertag					
21.08.17 – 25.08.17 Sommerferien							
28.08.17 – 01.09.17 Sommerferien							
04.09.17 – 08.09.17 Sommerferien							
30.10.17 – 03.11.17 Herbstferien		Feiertag	Feiertag				

Bei erstmaliger Anmeldung:

Ich erteile **beiliegendes** SEPA-Lastschriftmandat zur Abbuchung der Gebühr (inkl. Essensgeld)

Bei erneuter Anmeldung:

Das bestehende SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für das Essensgeld.

Vor- und Zuname der Erziehungsberechtigten _____

Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer vormittags _____ nachmittags _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Eltern _____

Hinweise:

- (1) Die verbindliche Anmeldung zur Ferienbetreuung hat grundsätzlich bis 14 Tage vor Beginn der jeweiligen Ferien zu erfolgen.
- (2) **Gebührenregelung:** Fristgerechte Anmeldung (14 Tage vor Beginn der jeweiligen Ferien) 1,00 € pro Betreuungsstunde, Verspätete Anmeldung 1,20 € pro Betreuungsstunde, Tagesanmeldung 1,50 € pro Betreuungsstunde
- (3) Gebühr für Mittagessen 3,30 €
- (4) Eine Anmeldung ist nur mit Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats möglich.

Erteilung eines SEPA-Rahmen-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

Gemeinde Röhrmoos, Rathausplatz 1, 85244 Röhrmoos
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE5024400000012746



SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogene 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(in):		
Name:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl und Ort:		
Telefonnummer:		
IBAN (max. 22 Stellen):		
BIC (8 oder 11 Stellen):		
Name der Bank:		
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber(in)
Finanzadresse (FAD)	Steuerpflichtige(r):	
_____	_____	
(vierstellig)	Name des/der Steuerpflichtigen	
Ort	Datum	Unterschrift des/der Steuerpflichtigen

Das Lastschriftmandat ist nur gültig, wenn alle grauen Felder ausgefüllt sind und uns das Formular im Original vorliegt; ein FAX oder eine E-Mail reichen nicht! Bitte Rückseite beachten!

INTERNE BEARBEITUNGSVERMERKE

Objekt: _____ Handzeichen: _____
Objekt: _____ Datum: _____