

Kontaktdaten

BRK Familienzentrum im Bürgerhaus Schwalbanger
Richard-Wagner-Str. 6, 86633 Neuburg an der Donau
Tel.: 08431 / 9090002

Zurück an

BRK Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen
Ressort Kinder- und Jugendhilfe
Karl-Konrad-Str. 3
86633 Neuburg an der Donau

Hiermit melde/n ich/wir

Vor- und Nachname des/der Personensorgeberechtigten,

Straße und Hausnummer, PLZ und Wohnort,

Telefon,

Mobil,

E-Mail

mein/unser Kind

Vor- und Nachname des Kindes,

Geburtsdatum

ab dem _____ verbindlich zur Spielgruppe an.
Datum

Ich bin damit einverstanden, dass

- die **Gruppeneinteilung** der Leiterin obliegt.
Meine/unsere Wunschgruppe ist: Marienkäfer Löwenzahn
- bei **Abwesenheit** aus persönlichen Gründen (Krankheit, Urlaub etc.) weitere Gebühren anfallen.
- die Anmeldung **noch keine Zusage** auf einen Spielgruppenplatz gewährt.
- vor Aufnahme des Kindes ein **Betreuungsvertrag** abzuschließen ist. Dieser wird mir nach erfolgter Anmeldung zugesandt.

Anlage

SEPA-Lastschriftmandat

Unterschrift:

Ort, Datum

Personensorgeberechtigte/r

Dieses Projekt wird aus Mitteln des
Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales gefördert

Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales



SEPA-Lastschriftmandat

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Pre-Notification-Frist (Frist für Vorabinformation) auf einen Kalendertag vor der Fälligkeit reduziert wird. Maßgeblich hierfür ist der Zugang bei dem Empfänger. Darüber hinaus sind sich die Parteien darüber im Klaren, dass die Vorabinformation gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke wie insbesondere Rechnungen versendet werden und gegebenenfalls für mehrere Lastschrifteinzüge im Voraus gilt.

Hinweis: Im Falle des Abweichens von Zahlungspflichtigem (Rechnungsempfänger) und abweichendem Kontoinhaber (Zahler) wird die Pre-Notification an den Zahlungspflichtigen (Rechnungsempfänger) gesendet. Der Rechnungsempfänger verpflichtet sich (ggf. über einen abweichenden Rechnungsempfänger), den Kontoinhaber (Zahler) vom Inhalt der Pre-Notification zu unterrichten.

Zahlungsempfänger

Zahlungsempfänger Bayerisches Rotes Kreuz KV Neuburg-Schrobenhausen Karl-Konrad-Straße 3, 86633 Neuburg	Mandatsreferenz
	Gläubiger ID DE142700000006604

Zahlungspflichtiger

Familienname	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

Bankverbindung

Kontoinhaber: Name (falls abweichend v. Zahlungspflichten)	Vorname
Kontonummer	Bankleitzahl
IBAN	
SWIFT / BIC	
Kreditinstitut	

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

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

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------