

Anmeldung zur Mittagsverpflegung

Mit dieser Erklärung möchten wir die u.g. Schülerin/den u.g. Schüler zur Teilnahme an der Mittagsverpflegung der Wingertschule, Staatlichen Förderschule soziale Entwicklung Neunkirchen, anmelden.

Die Pauschale beträgt 48,00 € pro Monat
(BuT Empfänger erhalten eine ermäßigte Verpflegungskostenpauschale)

Bitte entsprechendes ankreuzen!

Ich / Wir überweisen den Rechnungsbetrag

Name der / des Erziehungsberechtigten: _____

Vorname der / des Erziehungsberechtigten: _____

Name des Kindes: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger: _____
(falls abweichend von der / des Erziehungsberechtigten)

Ich / Wir sind anspruchsberechtigt nach dem Paket Bildung und Teilhabe

Die Vorlage des Bewilligungsbescheides des zuständigen Kreisjugendamtes ist zum Nachweis zwingend erforderlich.

Ich / Wir nehmen am Lastschriftverfahren teil

Für das Verfahren füllen Sie bitte die Angaben auf der Rückseite dieses Schreibens aus. In dieser Form buchen wir den Betrag nach einem vorab zugeschickten Zahlungsplan bequem von Ihrem Konto ab.

Die für die Teilnahme am Lastschriftverfahren benötigte Mandatsreferenznummer, sowie die Gläubigeridentifikationsnummer wird Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.
(Bitte Rückseite ausfüllen.)

Unterschrift

Nur bei Teilnahme am Lastschriftverfahren auszufüllen!

Zahlungsempfänger/in:

Landesamt für Zentrale Dienste - Landeshauptkasse des Saarlandes
Virchowstraße 7
66119 Saarbrücken

Kto.-Nr.: 700009699
BLZ: 590 500 00
IBAN: DE83590500000700009699
BIC: SALADE55

SEPA-Basislastschrift-Mandat (B2C)

Ich ermächtige/wir ermächtigen den/die oben genannte Zahlungsempfänger/in oder eine Nachfolgeinstitution, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem/der Zahlungsempfänger/in oder der Nachfolgeinstitution auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Zahler/in
(Girokontoinhaber/in)

*Vorname und Name

*Straße und Hausnummer

*Postleitzahl und Ort

*Kreditinstitut (Name und BIC)

*IBAN

Zahlungspflichtige/r
(soweit nicht mit
Zahler/in identisch)

*Vorname und Name

*Straße und Hausnummer

*Postleitzahl und Ort

Bitte ankreuzen

* Mehrmalige Zahlungen Einmalige Zahlung

X

*Ort, Datum und Unterschrift (Girokontoinhaber/in)

* Pflichtfelder