

Anmeldung
für den Besuch der Betreuten Grundschule / des offenen Ganztagsangebotes
in der Grundschule am Nord-Ostsee-Kanal Schinkel

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geschwisterkind in Betreuung: Ja
 Nein

Geburtsdatum: _____

Klassenstufe zum Zeitpunkt der Aufnahme: _____

Aufnahme zum: _____
1. oder 15. eines Monats)

für folgende Betreuungszeiten:

07.00 - 08.00 Uhr

12.00 - 13.00 Uhr

13.00 - 14.00 Uhr

14.00 - 15.00 Uhr

Erziehungsberechtigte:

Name des Vaters: _____

Name der Mutter: _____

Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind im Rahmen der Betreuung bzw. bei Veranstaltungen der Betreuten Grundschule/Offenen Ganztagschule fotografiert wird. Die Fotos werden aus datenschutztechnischen Gründen lediglich in der Betreuten Grundschule/Offenen Ganztagschule verwandt; eine Veröffentlichung in Netzwerken erfolgt nicht.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Gebühren zum jeweiligen Fälligkeitstermin durch die Amtskasse des Amtes Dänischer Wohld von meinem Konto abgerufen werden (bitte umseitiges SEPA-Basislastschriftmandat aufgefüllt beifügen).

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

(Die jeweils gültige Satzung kann in der jeweiligen Betreuungseinrichtung oder beim Amt Dänischer Wohld, Karl-Kolbe-Platz 1, Gettorf eingesehen werden).

bitte wenden.

SEPA-Basislastschriftmandat**Bitte nicht faxen oder mailen!**

Amt Dänischer Wohld
 Der Amtsdirektor
 Amtskasse
 Karl-Kolbe-Platz
 24214 Gettorf



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000032337

Mandatsreferenz: _____ / wird noch bekannt gegeben

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Amt Dänischer Wohld,

einmalig folgende Zahlung _____

alle wiederkehrenden Zahlungen

folgende wiederkehrende Zahlungen:

Grundsteuer

Schmutzwassergebühren

Niederschlagswassergebühren

Gewerbesteuer

Fäkaltschlammgebühren

Kindergartengebühren/Krippe

Hundesteuer

Schülerbeförderungskosten

Betreute Grundschule/OGS

Miete / Pacht

von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Amt Dänischer Wohld auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber/in)

Name, Vorname/Firma	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefonnummer (freiwillig)	
E-Mail (freiwillig)	
Betreffendes Grundstück (falls von der Anschrift abweichend)	
Kassenzeichen	
Kreditinstitut (Name)	
BIC	
IBAN (20 Ziffern)	DE
Ort, Datum	Unterschrift/en

Hinweis: Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.