

Buchungsbeleg für die Mittagsverpflegung in der Offenen Ganztagschule an der Grundschule Lappersdorf - Schuljahr 2022/2023

I. Angaben zur Person

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:	Klasse:
Name der Eltern (Personensorgeberechtigten):		
Anschrift:		Telefonnummer:

Besonderheiten des Kindes (Allergien, Unverträglichkeiten usw.):

II. Teilnahme am Mittagessen (Für den Monat August fällt keine Gebühr an.):

Für das Mittagessen wird eine Pauschale erhoben, welche sich wie folgt staffelt:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Mittagessen bitte ankreuzen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

1 x Woche	2 x Woche	3 x Woche	4 x Woche	5 x Woche
12,00 €	24,00 €	36,00 €	48,00 €	60,00 €

III. Auswahl Mittagessen (bitte ankreuzen):

Standard	Muslimisch	Vegetarisch
----------	------------	-------------

Ich/Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.

Datenschutz-Grundverordnung

Ich/Wir habe/n die Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung (Internetseite des Marktes Lappersdorf www.lappersdorf.de) zur Kenntnis genommen.

Wichtiger Hinweis: Adressänderungen sowie Änderung der Bankverbindung sind unverzüglich anzuzeigen.

Datum

Unterschrift **beider** Personensorgeberechtigten
(Alleinerziehende bitte Nachweis vorlegen)

IV. SEPA-Lastschriftmandat

- Es haben sich seit der letzten Angabe zum SEPA-Lastschriftmandat keine Änderungen ergeben.**

Der Beitrag wird jeweils am 3. Werktag des Monats abgebucht.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83LAP00000033686

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Markt Lappersdorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Markt Lappersdorf von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort

Name Kreditinstitut

BIC

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / __
IBAN

Ort, Datum und Unterschrift