



**Betreuende Grundschule Oberwinter**

Träger: Förderverein der Grundschule Oberwinter

E-Mail: BGS-Truckenbrodt@t-online.de

Telefon: 01575 / 902 99 32



BGS 2019/2020 A2

**Förderverein der  
Grundschule Oberwinter**

Pfarrer-Sachse-Str. 1, 53424 Remagen

# Anmeldung

## zur Aufnahme in die Betreuende Grundschule Oberwinter Schuljahr 2019/2020

Aus organisatorischen Gründen können wir die Betreuung Ihres Kindes nur übernehmen, wenn Sie am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen. Der aktuelle Beitrag in Höhe von monatlich 62 € sowie die Kosten für das warme Mittagessen (z. Z. ca. 2,60 € pro Essen) wird von der Betreuenden Grundschule Oberwinter zum Monatsbeginn von Ihrem nachstehenden Konto abgebucht. Geschwisterkinder zahlen 31€. Sofern Ihnen eine Lernmittelbescheinigung vorliegt, reduziert sich der Beitrag ebenso auf 31€ pro Kind. Der monatliche Beitrag muss im Bedarfsfall (abhängig von der Anzahl der Kinder in der Betreuung und dem Anteil der beitragsreduzierten Kinder) dynamisch angepasst werden und kann um wenige Euro schwanken. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich hiermit einverstanden.

**Hinweis:** Wenn Ihr Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist und der Einzug nicht stattfinden kann, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung der Einlösung. In diesem Fall entfällt auch der Anspruch auf die Betreuung Ihres Kindes.

Ihre Daten werden nur für Zwecke der Betreuenden Grundschule erhoben und nicht an Dritte weitergegeben.

### SEPA-Lastschriftenmandat – Betreuende Grundschule Oberwinter:

#### Zahlungsempfänger

Name: Förderverein der Grundschule Oberwinter

Anschrift: Pfarrer-Sachse-Str. 1, 53424 Remagen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69 0010 0000 2203 72

Mandatsreferenz (bitte nicht ausfüllen): \_\_\_\_\_

Ich/wir ermächtige(n) die Betreuende Grundschule Oberwinter bei Fälligkeit am Monatsanfang, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Betreuenden Grundschule Oberwinter auf mein/ unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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.

#### Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

IBAN (max. 35 Stellen): \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen