

# BUCHUNGSÄNDERUNG HAUS FÜR KINDER WALDMAUS



Kind \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Änderung ab \_\_\_\_\_

## Auszug aus der Benutzungs- und Gebührensatzung

### Änderungen der Buchungszeit

Änderungen der Buchungszeiten können nur bis zum letzten Werktag des Vormonats schriftlich beantragt werden.

### Mittagessen

Die entsprechenden Essenstage sind durch die Personensorgeberechtigten zum Beginn des Betreuungsjahres bzw. jeweils zum Monatsanfang zu buchen. Änderungen können nur bis zum letzten Werktag des Vormonats schriftlich beantragt werden.

### Buchungszeit mit Angabe GRUND

Mindestbuchungszeit beträgt drei Tage (über 15 Wochenstunden); die Buchungstage sollen hintereinanderliegen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<b><u>Bringzeit</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Abholzeit</u></b>					
12.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Mittagessen 4,50 Euro pro Portion

<input type="checkbox"/> Montag - Freitag	<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Saaldorf-Surheim, \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Gemeinde Saaldorf-Surheim  
 Moosweg 2 | 83416 Saaldorf-Surheim | Deutschland

**D E 3 4 Z Z Z 0 0 0 0 0 8 0 1 5 8**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

**X**

Zahlungsart:  
 Wiederkehrende Zahlung  
 type of payment:  
 recurrent payment

Zahlungsart:  
 Einmalige Zahlung  
 type of payment:  
 one-off payment

Gemeinde Saaldorf-Surheim  
 Moosweg 2  
 83416 Saaldorf-Surheim  
 Deutschland

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Gemeinde Saaldorf-Surheim, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Gemeinde Saaldorf-Surheim auf mein (unsere) Konto gezogenen 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 (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Gemeinde Saaldorf-Surheim to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Gemeinde Saaldorf-Surheim.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor