

Der Förderverein der Gemeinschaftsgrundschule St. Hubert e.V.



Anmeldung zur Betreuung Schuljahr 2020/2021

1. Angaben zu den Erziehungsberechtigten und dem/den zu betreuenden Kind/ern:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Mail: _____

2. Betreuungswunsch (bitte ankreuzen):

Name Kind: _____ Klasse: _____

- Betreuung von 8.00 – 13.10 Uhr (monatlich 42,00 € / Geschwisterkinder 32,00 €)
 Betreuung von 8.00 – 14.00 Uhr (monatlich 52,00 € / Geschwisterkinder 42,00 €)

Name Kind: _____ Klasse: _____

- Betreuung von 8.00 – 13.10 Uhr (monatlich 42,00 € / Geschwisterkinder 32,00 €)
 Betreuung von 8.00 – 14.00 Uhr (monatlich 52,00 € / Geschwisterkinder 42,00 €)

3. Abholanweisung:

- Mein(e) Kind(er) darf(dürfen) am Ende der Betreuung alleine nach Hause gehen.
 Mein(e) Kind(er) wird(werden) abgeholt von:

Bestandteil dieses Vertrages ist die Informationsbroschüre des Fördervereins über die Betreuung bei den Hubärtis von 8 – 14 Uhr.

Ort, Datum

Unterschrift

Förderverein der
Gemeinschaftsgrundschule
St. Hubert e.V.
Hohenzollernplatz 21
47906 Kempen

Telefon 02152 7575
Telefax 02152 5495586
fv@grundschule-st-hubert.de
www.grundschule-st-hubert.de

Sparkasse Krefeld
IBAN: DE10 3205 0000 0003 1319 01
BIC: SPKRDE33XXX

Vereinsregister
Amtsgericht Krefeld
Nr. VR3577
Finanzamt Kempen
Steuer-Nr.: 15/5757/0121
CI: DE36MIT00000458034

4. Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandates

Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am **10. eines jeden Monats**.

Zahlungsempfänger: FV der GGS St. Hubert e.V.
Hohenzollernplatz 21, 47906 Kempen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36MIT00000458034

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt*

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Förderverein der Gemeinschaftsgrundschule St. Hubert e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Förderverein der GGS St. Hubert e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname(n) des/der Kontoinhaber(s): _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en)

*Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie über den Einzug in geeigneter Weise mittels Anschreiben unterrichtet.