

# Anmeldung zum Mittagessen

## Der offenen Ganztagschule der Grundschule



MARKT REISBACH  
Platz für ein Lächeln.



Ich melde mein Kind

Name

Vorname

Geb. Datum

Konfession

Klasse (ab September)

Schulort

zum Mittagessen verbindlich an.

**Besonderheiten** (z.B. kein Schweinefleisch, Allergien, Unverträglichkeiten usw.):

Ich benötige

- 2 Tage / Woche      32,00 € / monatlich
- 3 Tage / Woche:      48,00 € / monatlich
- 4 Tage / Woche:      64,00 € / monatlich
- 5 Tage / Woche:      80,00 € / monatlich

**Hinweis:**

Die Pauschale entspricht bei  
38 Schulwochen pro Essen 5,00 €.

Die entsprechenden Essenstage sind zum Beginn des Betreuungsjahres bzw. jeweils zum Monatsanfang zu buchen. Umbuchungen sind maximal zweimal im Jahr möglich.

Bei Abwesenheit kann das Essen abgeholt werden. Eine Kostenerstattung findet nicht statt.

**Die Kosten unterliegen einer Jahreskalkulation und fallen daher auch in der Ferienzeit (Schließtage) an.** Eine Änderung/Abbestellung ist deshalb ab Juni nicht mehr gestattet.

Das Kind soll an folgenden Tagen am Mittagsessen teilnehmen:

- Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag

**Name und Anschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:**

Name, Vorname

Straße

Telefon-Nr.

Wohnort

Reisbach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**Wird vom Markt Reisbach ausgefüllt:**

EDV-Erfassung am \_\_\_\_\_

Namenszeichen: \_\_\_\_\_

PK-Nr. \_\_\_\_\_

**Markt Reisbach**  
**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Name des Zahlungsempfängers:

**Markt Reisbach**



Anschrift des Zahlungsempfängers

**Straße und Hausnummer:** Landauer Straße 18

**Postleitzahl und Ort:** 94419 Reisbach

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE83ZZZ00000014577**

**PK:** \_\_\_\_\_

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

Wird gesondert mitgeteilt

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (**Markt Reisbach**), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (**Markt Reisbach**) auf mein / unser 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 und Entgelte.

**Zahlungsart:**  Wiederkehrende Zahlungen  Einmalige Zahlung

Anschrift des Zahlungspflichtigen

**Name des Zahlungspflichtigen:** \_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

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

Anschrift des Zahlungsleistenden (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

**Name des/der Zahlungsleistenden:** \_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

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

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen/-leistenden (max. 22 Stellen):**

DE \_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

\_\_\_\_\_

Reisbach, den \_\_\_\_\_ **Ort, Datum (bitte unbedingt ausfüllen)**

**Unterschrift(en) des (der)Zahlungspflichtigen:**

**Erfassungsvermerk des Marktes  
(Datum, Handzeichen.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_