

Verwaltungsgemeinschaft Gerolzhofen

(Gläubiger-ID: DE1360200000272208)

FAD-Nr.: _____

Teilnahmeerklärung zum Lastschriftinzugsverfahren

Name, Vorname: _____

Straße: _____ Hs.Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Ich/wir ermächtige(n) hiermit die Verwaltungsgemeinschaft Gerolzhofen - Kasse - bis auf Widerruf, die von mir/uns zu entrichtende(n) Beiträge

- Kindergartenbeitrag fällig jeweils zum 1. eines Monats
- Mittagsbetreuung
- Mittagessen Ganztagsklassen (Mittelschule und Grundschule)

Name des Schülers: _____

Klasse: _____ Höhe des monatlichen Abschlags: _____

Fälligkeitstermine (betrifft nur das Mittagessen Ganztagsklassen):
Zum Ersten des Monats und zwar erstmals im November und letztmals im August
des jeweiligen Schuljahres.

bei Fälligkeit durch Lastschrift von dem nachstehenden Bankkonto einzuziehen: (Bitte alle Kontodaten vollständig ausfüllen!)

Bezeichnung der Bank: _____ Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber/in: _____

Anschrift: _____

Ich verpflichte mich, für die nötige Deckung zu sorgen. Mir ist bekannt, dass die Lastschriften den Zahlungsgrund enthalten und dieser an das kontoführende Geldinstitut weitergegeben wird.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/wir ermächtige(n) hiermit die Verwaltungsgemeinschaft Gerolzhofen – Kasse – bis auf Widerruf, Zahlungen bei Fälligkeit von dem vorstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der Verwaltungsgemeinschaft Gerolzhofen 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.

Bitte im ORIGINAL zurücksenden an:

Ort, Datum

Verwaltungsgemeinschaft
Gerolzhofen
Brunnengasse 5
97447 Gerolzhofen

Unterschrift des /der
Konto-Verfügungsberechtigten