

Anmeldung zum Mittagessen **Schulen**

Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben in der Schule ab.
Bestellungen sind nach Übermittlung der Zugangsdaten über das Online System möglich.

Name der / des Erziehungsberechtigten*

Straße*

PLZ / Ort*

Telefon*

E-Mail Adresse*

Anmeldung ab wann:

Name des Kindes*

Geburtsdatum*

Schule*

Klasse*

Zuschuss aus dem Bildungs- und Teilhabepaket beantragt?* ☐ ja ☐ nein

Bitte legen Sie den Bewilligungsbescheid diesem Schreiben bei.

Zahlungsmöglichkeiten*

Bitte entsprechend Auswahl ankreuzen*

☐ Lastschriftverfahren

☐ Überweisung

☐ Dauerauftrag

Für SEPA Lastschriftverfahren bitte beiliegendes Schreiben ausfüllen. *

Für Daueraufträge und Überweisungen

BIC: FLESDMM

IBAN: DE0479 3301 11000 170 0055

Bank: Flessabank

Als Verwendungszweck sind Name, Schule und Klasse zwingend anzugeben.

Nach Bearbeitung der Registrierung erhalten Sie von uns **per Mail** eine Bestätigung mit Ihren persönlichen Log-In-Daten. Die persönliche Mensakarte, mit der das Essen abgeholt werden kann, wird dann über die Essensausgabe zur Verfügung gestellt

*** bitte unbedingt ausfüllen (ohne diese Angaben keine Anmeldung möglich!!!!)**

Datum / Unterschrift

des Erziehungsberechtigten

Datum / Unterschrift

des Kontoinhabers

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Kantine und Party Service König GmbH

Schützenstr. 2

98527 Suhl

Telefon-Nr. 03681/453275

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE22ZZZ00000894689

Mandatsreferenz:

entspricht IBAN des Zahlungspflichtigen

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger **Kantine und Party Service König GmbH**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Kantine und Partyservice König GmbH**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname des Schülers, Ort und Name der Schule, Klassenstufe

Name, Vorname des Kontoinhabers

Telefon für eventuelle Rückfragen

Anschrift des Kontoinhabers

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen) _____

Die Lastschrift wird wöchentlich, jeden Freitag im laufenden Monat veranlasst. Sollte ein Freitag auf einen Feiertag fallen, so erfolgt der Einzug am darauffolgenden Bankarbeitstag. Ist ein Einzug des Betrages durch fehlende Deckung des oben benannten Kontos nicht möglich, entstehen dem Kontoinhaber, zusätzlich zum fälligen Betrag, Kosten für Rücklastschrift und Mahngebühren.

Ort, Datum

Unterschrift/en Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Kontoinhaber/in