Anmeldeformular Mittagessen Astrid-Lindgren-Schule

ESSWERK / Manfried vom Dorp
Jacques-Offenbach-Straße 12
63069 Offenbach

Bitte an ESSWERK mailen, schicken oder faxen
Fax: 069-83009786-77
E-Mail: esswerk@lebmail.de

Ja, mein Kind wird am Mittagstisch der Astrid-Lindgren-Schule in Dietzenbach ab dem _____teilnehmen.

Ich / Wir ermächtigen Sie, den Monatsbeitrag **12-mal** für ein Schuljahr jeweils von August bis Juli (Schulferien, Feiertage und Schließtage sind in diesem Preis bereits berücksichtigt), laut unten angegebener Bestellung so lange vom genannten Konto per SEPA-Lastschriftenmandat einzuziehen, bis der Vertrag von mir / uns gekündigt wird.

○ Mein Kind nimmt **jeden** Tag am Mittagtisch teil. Monatliche Pauschale **94,00 €**

○ Mein Kind nimmt **an folgenden** Tagen am Mittagstisch teil. Monatliche Pauschale pro Tag je **19,00€**

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

Sie haben zweimal, zum Schulhalbjahr und Schuljahresende, die Möglichkeit diesen Vertrag zu beenden. Dazu muss eine schriftliche Kündigung bis zum 31.12. oder 30.06. bei uns eigegangen sein.

Zu Unrecht eingezogene Beträge können jederzeit zurückgefordert und diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden. Ihre Mandatsnummer und unsere Gläubiger-ID wird Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

*Für von Ihnen verschuldete Rückbuchungen der Bankeinzüge berechnen wir Ihnen eine Gebühr von **8,50 €.** Ihnen bleibt der Nachweis geringerer Rücklastschriftkosten vorbehalten. Uns bleibt vorbehalten, höhere Rücklastschriftkosten nachzuweisen.*

! Bitte vollständig ausfüllen, alle Angaben sind zwingend erforderlich!

Erziehungsberechtigter	Name:	Vorname:
Schülerin/Schüler	Name:	Vorname:
Straße/Hausnummer		
PLZ/ Wohnort		
Telefon		
E-Mail-Adresse		

Name Kontoinhaber:	
Bank:	BIC:
IBAN: **DE** _	

Weitere Angaben: ☐ normale Kost (kein Schweinefleisch) ☐ vegetarisch ☐ laktosefrei

Bitte achten Sie auf ggf. bestehenden Unverträglichkeiten Ihres Kindes. In den Speiseplänen sind alle Allergene und Zusatzstoffe ausgewiesen.

☐ Ich erhalte Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket.

Amt:_____AZ./BG-Nr:_____Geburtsdatum Kind_____

(wird nur bearbeitet, wenn uns ein aktueller Bescheid über die Kostenübernahme vom Amt vorliegt!)

Datum_____Unterschrift_____

! Die Hinweise zum Datenschutz befinden sich auf unserer Seite www.schulessen.lebensraeume-of.de