

Förderverein der Gemeinschaftsgrundschule Gleidorf

1. Vorsitzende: Roswitha Richter, Kirchstraße 2,
57392 Schmallenberg-Gleidorf, Tel.: 02972/47182

Betreuungs-Vertrag „Schule von acht bis eins“

zwischen dem Förderverein der Gemeinschaftsgrundschule Gleidorf e.V. vertreten durch den Vorstand und

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

über die regelmäßige Betreuung des Kindes _____ in der Gemeinschaftsgrundschule Gleidorf innerhalb des Landesprojektes „**Schule von acht bis eins**“, jeweils an Schultagen in der Zeit der Stundentafel von 08.00 Uhr bis 13.20 Uhr.

Die Vertragsdauer gilt für das **ein Schuljahr**. Ein vorzeitiger Ausstieg aus dem Vertrag ist nicht möglich.

Die Betreuung Ihres Kindes findet immer statt, auch am letzten Tag vor den Ferien, an „Weiberfastnacht“ oder bei Unterrichtsausfall oder -kürzung.

Sollten Sie entgegen Ihrer Anmeldung einmal keine Betreuung benötigen, benachrichtigen Sie die Betreuungskräfte bitte rechtzeitig.

Der monatliche Betreuungsbetrag beträgt 20€.

Jede Vertragspartei erhält eine unterschriebene Ausfertigung dieses Vertrages.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Vorstandes des Fördervereins

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**Förderverein der
Gemeinschaftsgrundschule Gleidorf
Kirchstraße 2
57392 Schmallenberg**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE59ZZZ00000445204

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz (Ihr Name)

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Konto-Nr.	Bankleitzahl
Genauere Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	

einziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weis(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

Förderverein der Gemeinschaftsgrundschule Gleidorf

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Kreditinstitut	
BIC	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Der Einzug erfolgt zum 1. eines jeden Monats.