

# Anmeldung für die Herbstferienbetreuung 2017

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Betreuungsbedarf: bitte ankreuzen

| KW 40                           | KW 41                    |
|---------------------------------|--------------------------|
| 02.10. + 04.10. –<br>06.10.2017 | 09.10. –<br>13.10.2017   |
| <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |

**Betreuungszeit:** Kernzeit der Gruppe: 08.00-13.00 Uhr **pro Woche 20,- €**  
Frühdienst: 07.30-08.00 Uhr  
Spätdienst: 13.00-13.30 Uhr

## Betreuungszeit: bitte eintragen

| Montag                   | Dienstag                 | Mittwoch                 | Donnerstag               | Freitag                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Aktion Kinderbetreuung e.V., Lüderitzstraße 8, 27472 Cuxhaven  
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE53AKB00000723217**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Aktion Kinderbetreuung e.V., die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Herbstferienbetreuung: Anzahl: \_\_\_\_\_ Woche/n à 20,- € = \_\_\_\_\_ €

von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Aktion Kinderbetreuung e.V. 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.

|   |  |
|---|--|
| <b>IBAN/Kto.-Nr.:</b>   |  |
| <b>BIC/BLZ:</b>   |  |
| <b>Kreditinstitut:</b>  |  |
| <b>Name und genaue<br/>Anschrift des<br/>Zahlungspflichtigen:</b> |  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen