

# Grundschule Teisbach

Schulstraße 17  
84130 Dingolfing  
☎ 0 87 31 / 45 96 📠 0 87 31 / 32 36 46  
mailto: [grundschule-teisbach@t-online.de](mailto:grundschule-teisbach@t-online.de)  
Homepage: [www.gs-teisbach.de](http://www.gs-teisbach.de)



## Anmeldung zur Mittagsbetreuung

Name: \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Mein Kind kommt an folgenden Tagen in die Mittagsbetreuung:

Montag	bis 13:00 Uhr	Zeit: von _____	bis _____	Uhr
Dienstag	bis 13:00 Uhr	Zeit: von _____	bis _____	Uhr
Mittwoch	bis 13:00 Uhr	Zeit: von _____	bis _____	Uhr
Donnerstag	bis 13:00 Uhr	Zeit: von _____	bis _____	Uhr
Freitag	bis 13:00 Uhr	Zeit: von _____	bis _____	Uhr

Mein Kind wird abgeholt:  ja  nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Dingolfing, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**STADT DINGOLFING**  
Dr.-Josef-Hastreiter-Str. 2  
84130 Dingolfing

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE64ZZZ00000034610**  
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

#### **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige die STADT DINGOLFING wiederkehrend Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der STADT DINGOLFING auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

#### **Für folgende Zahlungsart(en):**

Mittagsbetreuung Grundschule Teisbach