

Grundschule	Anmeldung ab	Abmeldung ab	Ummeldung ab	bisherige Kennziffer
Grundschule Leimbach				
Name, Vorname, Anschrift und Telefonnummer der Sorgeberechtigten				
Name des Kindes		Geburtsdatum	Kennziffer Betreuungsangebot	monatliche Gebühr
Nehmen weitere Kinder aus einer Familie zeitgleich ein Betreuungsangebot in der Grundschülerbetreuung wahr, sind diese nachfolgend einzutragen.				
weitere Kinder Ja/Nein	Name, Geburtsdatum und Betreuungsangebot des weiteren Kindes aus der Familie monatliche Gebühr			
Betreuungsangebot		Kennziffer	1-K-F	2-K-F
Frühbetreuung 5 Tage/Woche		FB5	49,00 €	24,50 €
Frühbetreuung 3 Tage/Woche		FB3	30,00 €	15,00 €
Mittagsbetreuung 5 Tage/Woche		MB5	49,00 €	24,50 €
Mittagsbetreuung 3 Tage/Woche		MB3	30,00 €	15,00 €
Mittagsbetreuung 1 Tag/Woche Bläserklasse /AG		MB1	14,00 €	7,00 €
Essensentgelt optional, Bestellung über MensaMax		ES	5,65 € pro Tag	5,65 € pro Tag

Bitte beachten:

Die Änderung der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ist der Stadt Markdorf unverzüglich anzuzeigen. Die Benutzungsentgelte werden für den Kalendermonat neu festgesetzt, der auf den Kalendermonat folgt, in dem die Änderung angezeigt wurde.

Gemäß § 7 der Entgeltordnung für die Nutzung von Angeboten der Grundschülerbetreuung, sind die Entgelte zum 1. eines jeden Monats für den jeweiligen laufenden Veranlagungszeitraum (§ 4 Abs. 2) an die Stadtkasse zur Zahlung fällig.

Im Falle einer Bankeinzugsermächtigung verwenden Sie bitte das beiliegende Formblatt.

Markdorf, den _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Unterschrift Leiterin

SEPA – Basislastschriftmandat
(wiederkehrende Zahlungen)



Stadt Markdorf
Rathausplatz 1
88677 Markdorf

Mandatsreferenz: _____

wird vom Empfänger eingetragen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28ZZZ00000107717

Ihr Kassenzeichen: (bitte unbedingt angeben)

Bitte bei Grundsteuer zusätzlich angeben

Lastschrift gilt für alle Objekte nur für Objekt Nr. (für jedes weitere Objekt ist ein eigenes Lastschriftmandat abzugeben)

Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Markdorf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Markdorf auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) 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.

Zahlungspflichtiger:

Name, Vorname / Firma _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut _____ BIC _____

IBAN _____

Abweichende/r Kontoinhaber/in _____

Straße und Hausnummer, Ort _____

Ort, Datum

Unterschrift/en

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Fax _____

Handy-Nr. _____

**Bitte unterschreiben und im Original, oder Fax an 07544 500-305 oder per Mail an finanzverwaltung@markdorf.de zurück senden.
Das SEPA Mandat für die Abbuchung der Gewerbesteuer muss mit einer Originalunterschrift zugesendet werden.**