

Kindergarten Kastorf

Anmeldung (Kinder zwischen 2 und 3 Jahren)

Name / Geburtsdatum
des Kindes:

Anschrift:

Telefonnummer/n:

Mailadresse/n:

Name der Eltern bzw.
der Sorgeberechtigten:

Anmeldung ab:

Ich/Wir erkläre/n mit dieser Anmeldung, von den Regelungen der Kindertageseinrichtung und der Gebührensatzung des Kindergarten-Zweckverbandes Stecknitz (s. <http://kita-stecknitz.de/download/>) Kenntnis erlangt zu haben und deren Regelungen im Falle der Aufnahme meines/unseres Kindes verbindlich anzuerkennen.

Insbesondere ist mir/uns bekannt, dass mit der schriftlichen Aufnahmebestätigung das Betreuungsverhältnis zu den bestätigten Konditionen rechtswirksam wird.

Mein/Unser Kind soll zusätzlich zur verbindlichen Kernzeit (zurzeit 7.30 bis 13.00 Uhr mit einer Gebühr von 311,58 €*) zu folgenden Zeiten betreut werden:

- Frühdienst (6.30 bis 7.00 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **28,33 €**
- Frühdienst (7.00 bis 7.30 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **28,33 €**
- Nachmittagsbetreuung (13.00 bis 15.30 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **141,63 €**
- Nachmittagsspätdienst (15.30 bis 16.30 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **56,65 €**

* zzgl. Mittagessen, Monatsgebühr **60,00 €**
(Pauschale; unabhängig von der tatsächlichen Teilnahme)

Ort, Datum

Unterschrift/en

Die Zahlung der Gebühren soll erfolgen durch

Bankeinzug (siehe unten)

Banküberweisung (auf das Konto der Amtskasse bei der Kreissparkasse)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Bitte nicht faxen oder mailen,
da die Originalunterschrift
vorliegen muß !**

Amt Berkenthin
Finanzbuchhaltung
Am Scharf 16
23919 Berkenthin

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Amt Berkenthin, Zahlungen von meinem u.g. Konto
mittels Lastschrift einzuziehen für :

zum **Kassenzeichen** (siehe Bescheid): _____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Berkenthin auf mein Konto gezogenen
Lastschriften einzulösen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die
Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____

Kreditinstitut/Bank: _____

Bitte unbedingt ausfüllen! Die Nr. finden Sie auf Ihrem Kontoauszug!

IBAN DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

BIC (8 oder 11 Stellen) - - - - -

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers