

Kinderspielkreis Sierksrade

Anmeldung

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 Kindertagesstätte 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.

Die Spielkreisgebühr beträgt für die Betreuung von 8.30 bis 12.00 Uhr zurzeit

- ab Vollendung des 3. Lebensjahres monatlich **124,60 €** und
-
- bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres monatlich **158,60 €**
(Die erhöhte Gebühr wird nur berechnet, wenn mindestens 3 Kinder unter 3 Jahren den Spielkreis besuchen und dadurch die Anzahl der Plätze gesetzlich verringert wird.)

Ort, Datum

Unterschrift/en

Die Zahlung der Gebühren soll erfolgen durch

Bankeinzug (siehe unten)

Banküberweisung (auf das Konto der Amtskasse bei der Kreissparkasse Berkenthin, BIC NOLADE21RZB, IBAN DE 2305 2750 0006 0046 60).

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

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

Amt Berkenthin
Finanzbuchhaltung
Am Schart 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