

Anmeldeformular Mittagessen Schillerschule Offenbach

ESSWERK / Mike Gräf
Jacques-Offenbach-Straße 12
63069 Offenbach
F 069-83009786-77
E mike.graef@lebmil.de

Bitte an der

- » Essensausgabe der Schillerschule abgeben
oder an
- » ESSWERK schicken, faxen oder mailen

Ja, ich/meine/unsere Tochter, mein/unser Sohn werde/wird am Mittagstisch der Schillerschule in Offenbach teilnehmen.

Ich / Wir ermächtigen Sie, den Monatsbeitrag vom unten angegebenen Konto per SEPA-Lastschriftenmandat einzuziehen.

Zu Unrecht eingezogene Beträge können jederzeit zurückgefordert und diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden. Ihre Mandatsnummer und unsere Gläubiger-ID wird Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

**¹ Wir sind verpflichtet, Sie regelmäßig über die Höhe und den Tag (14 Tage nach der Information) des Einzuges zu informieren. Wir machen dies kostenlos per Email oder - falls keine Emailadresse angegeben wurde – postalisch gegen eine Gebühr in Höhe von 3 €.*

***² Einer verkürzten Einzugsfrist (3 Tage nach Information) stimme ich zu** ja nein

Für von Ihnen verschuldete Rückbuchungen der Bankeinzüge berechnen wir Ihnen eine Gebühr von 6 €. Ihnen bleibt der Nachweis geringerer Rücklastschriftkosten vorbehalten. Uns bleibt vorbehalten, höhere Rücklastschriftkosten nachzuweisen.

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname der Schülerin, des Schülers

Anschrift

Telefon

E-Mailadresse

- *³ Ich/wir beantrage/n einen Zugangscode für die Internetbestellung. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Zugangsdaten nicht an Dritte weitergeben darf/dürfen.*
-

- *⁴ Ich erhalte Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket*

Amt: _____ AZ./BG-Nr: _____

(wird nur bearbeitet, wenn uns der Bescheid und das Aktenzeichen / die BG-Nr. vorliegt)

Name Kontoinhaber

Bank

IBAN

BIC

Bitte geben Sie vorhandene Unverträglichkeiten, Allergien an:

! Die Hinweise zum Datenschutz befinden sich im Anhang und auf unserer Seite www.schiller-mittagstisch.de

Datum, Ort:

Unterschrift Kontoinhaber:
