

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich
Fachbereich 11, Bildung und Kultur
Kurfürstenstraße 16
54516 Wittlich

wird von der Schule ausgefüllt

Beginn der Teilnahme: _____

OPC Nr.: _____

**Anmeldung zur Teilnahme an der Mittagsverpflegung an der Ganztagschule
ab _____**

Schule: Clara-Viebig-Realschule plus Wittlich

NAME, Vorname (Vater)	Adresse (falls abweichend)
NAME, Vorname (Mutter)	Adresse (falls abweichend)
Name, Vorname (Schüler/in)	Geburtsdatum Schüler/in
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon (für etwaige Rückfragen)	Klasse Schüler/in:

Nehmen Geschwisterkinder an der Mittagsverpflegung (an einer anderen kreiseigenen Schule) teil, wird eine Geschwisterermäßigung gewährt. Ab der Teilnahme des zweiten Kindes erhalten Sie diese in folgender Höhe:

- für das 2. Kind = 25 %
- für das 3. Kind = 40 %
- für das 4. Kind = 50 %

Geschwisterkinder, die an der Mittagsverpflegung teilnehmen/für die ein Geschwisterrabatt beantragt wird:

Name Geschwisterkind Schule Klasse

Name Geschwisterkind Schule Klasse

Name Geschwisterkind Schule Klasse

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Abrechnung des Mittagessens notwendigen persönlichen Daten auf elektronischem Wege von der Schule an die Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich – Fachbereich Schulen und Kultur – weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat/Essensgeld - Ganztagschule

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Landkreis Bernkastel-Wittlich Kreisverwaltung

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Kurfürstenstraße 16

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

54516 Wittlich

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier

D E 7 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 9 2 5 9 4

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: