

## Vertrag Mittagsversorgung SJ 2019-2020\*

zwischen

(Erziehungsberechtigte/r: Vor- und Zuname, Anschrift, Telefonnummer und Email)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| - \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Emailadresse \_\_\_\_\_

und

ev-angel-isch gGmbH und dem Montessori-Gymnasium

Der/die Erziehungsberechtigte meldet das **Kind** \_\_\_\_\_

**geb. am** \_\_\_\_|.\_\_\_\_|.\_\_\_\_|.\_\_\_\_| **Klasse** \_\_\_\_|

Geschlecht:  männlich  weiblich

Erklärung zum Sorgerecht (ankreuzen welches Elternteil alleine oder ob beide Elternteile Sorgerecht haben):  Vater  Mutter

für die Mittagsversorgung am Montessori-Gymnasium ab dem **01.09.2019** an.

Das Mittagessen findet **montags bis freitags, je nach Klasse** in der **Zeit von 12:40 – 13:35 oder von 13:20 bis 14:25 Uhr** in den Räumen des Montessori-Gymnasiums statt. Das **Mittagessen** umfasst einen Hauptgang und einen Nachtisch (Rohkost, Obst, Eis / Pudding...).

### Verbindliche Anmeldetage

Ich melde mein Kind für folgende Tage zum Mittagessen am Montessori-Gymnasium an\*:

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

rein vegetarisch  ausgewogene Kost (fleischhaltig und vegetarisch)

Glutenfreies Essen  Lactosefreies Essen

### **Monatliche Kosten der Mittagsversorgung\***

1 fester Tag der Verpflegung: 16,50 €  
2 feste Tage der Verpflegung: 29,00 €  
3 feste Tage der Verpflegung: 42,00 €  
4 feste Tage der Verpflegung: 54,00 €  
5 feste Tage der Verpflegung: 67,00 €

### **Zahlung des monatlichen Beitrages**

Der/die Erziehungsberechtigte verpflichtet sich, den Kostenbeitrag für die Mittagsversorgung in der jeweiligen Höhe monatlich von der Finanzbuchhaltung der ev-angel-isch gGmbH einziehen zu lassen. **Bitte berücksichtigen Sie, dass im Falle einer Rücklastschrift zusätzliche Bankgebühren z.Z. in Höhe von 6,-€ für Sie entstehen.**

Das entsprechende Formular liegt bei und wird zeitgleich mit dem Vertrag unterschrieben abgegeben.

### **Der Vertrag gilt für ein Schuljahr. d.h. für 11 Monate (01.09.2019-31.07.2020)**

**Die Nichtteilnahme des Kindes an der Mittagsversorgung macht keine Ansprüche auf Rückzahlung bzw. Entschädigung geltend. Die ev-angel-isch gGmbH kann das Kind nach Rücksprache mit den Eltern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende von der Mittagsversorgung entbinden, wenn das Kind durch auffälliges Verhalten in hohem Maße die Gruppe stört.**

**Durch die Eltern ist der Vertrag immer zum Quartalsende (31.10./31.01./30.04./31.07.) mit einer sechswöchigen Frist kündbar.**

### **Datenschutzrechtlicher Hinweis:**

Die personenbezogenen Daten, die uns im Rahmen dieses Betreuungsvertrags zur Verfügung gestellt werden, werden nur für die Bearbeitung der Anmeldung und Teilnahme verwendet. Gegen die Speicherung der Daten kann jederzeit Widerruf eingelegt werden. Die Personenbezogenen Daten werden dann umgehend gelöscht. Über die gespeicherten Daten kann sich jederzeit informiert werden.

### **AnsprechpartnerInnen der Mittagsversorgung sind:**

ev-angel-isch gGmbH  
Herr Christopher Braun  
Mittagsversorgung Montessori-Gymnasium  
Tel. 0221-16959590  
kontakt@ev-angel-isch.de

Montessori Gymnasium  
Frau Hartmann  
Schulleiterin am Montessori-Gymnasium  
Tel. 0221 – 59 57 23 1

Köln, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r  
(wenn beide das (Sorgerecht haben, beide bitte unterschreiben))

\_\_\_\_\_  
ev-angel-isch gGmbH

\*Ab dem Schuljahr 2019 / 2020 bieten wir barrierefreies Essen am Montessori Gymnasium an. Die Mehrkosten für die „Sonderessen“ sind mit dem Caterer neu verhandelt worden und werden auf die Essen umgelegt. Darüber hinaus bieten wir alle 3 Wochen ein „Herkunfts Menü“ an.

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Sparkasse KölnBonn

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
ev-angel-isch gGmbH

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Venloer Straße 1055

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

50829 Köln

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE20EVG00000480923

**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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:**

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

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