



### **Monatliche Kosten der Mittagsversorgung**

1 fester Tag der Verpflegung: 15,00 €  
2 feste Tage der Verpflegung: 28,00 €  
3 feste Tage der Verpflegung: 40,00 €  
4 feste Tage der Verpflegung: 52,00 €  
5 feste Tage der Verpflegung: 63,00 €

### **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 Oliver Westphal             |
| Herr Christopher Braun                          | Schulleitung Geschwister-Scholl- |
| Realschule                                      |                                  |
| Mittagsversorgung Geschwister Scholl-Realschule | Tel. 02271 – 76 77 03            |
| Tel. 0221 – 16 95 95 90                         |                                  |
| kontakt@ev-angel-isch.de                        |                                  |

Bergheim, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r

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

**ACHTUNG:** Bei Familien die BUT-Antragsberechtigt sind fallen für die Familien keine Kosten für die Mittagsverpflegung mehr an. Hierzu muss direkt mit der Anmeldung der BUT Antrag zzgl. der benötigten Unterlagen bei der ev-angel-isch gGmbH eingereicht werden. Bei Fragen hierzu helfen gerne die Schulsozialarbeiter und die Koordinatoren

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:**