



Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind für die Öffentlichkeitsarbeit der ev-angel-isch gGmbH (Homepage, Flyer etc.) verwendet werden darf.

ja

nein

### **Verbindliche Anmeldetage**

Ich melde mein Kind für folgende Betreuungstage an:

Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag

### **Kosten der Betreuung**

pro Schulhalbjahr 10,00 €

### **Zahlung des Beitrages**

Der/die Erziehungsberechtigte verpflichtet sich, den Kostenbeitrag für die Betreuung jeweils zum **01.09.** und zum **01.02.** bei der Koordination der Betreuung **bar** einzuzahlen. Die ev-angel-isch gGmbH bestätigt den Erhalt des Beitrages durch eine Quittung.

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

Die Nichtteilnahme des Kindes an der Betreuung entbindet nicht von der Zahlung des Kostenbeitrages. Die ev-angel-isch gGmbH kann das Kind nach Rücksprache mit den Eltern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende aus der Gruppe entlassen, wenn das Kind durch auffälliges Verhalten in hohem Maße die Gruppe stört oder der Beitrag nicht gezahlt wurde. Die Forderungen für die Vertragslaufzeit bleiben bestehen. Durch die Eltern ist der Vertrag immer zum Quartalsende (31.10/31.01/30.04/31.07) mit einer sechswöchigen Frist kündbar.

Über das Mittagessen ist ein separater Vertrag zu schließen (s. Anlage).

### **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.

### **Ansprechpartner für die Betreuung an der Geschwister-Scholl-Realschule sind:**

ev-angel-isch gGmbH  
Herr Christopher Braun  
Tel. 0221-16 95 95 90  
[kontakt@ev-angel-isch.de](mailto:kontakt@ev-angel-isch.de)

Herr Oliver Westphal  
Geschwister-Scholl-Realschule  
Tel. 02271 – 76 77 03

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

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

(wenn beide das (Sorgerecht haben, beide bitte unterschreiben)

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

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:

\_\_\_\_\_