

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG FÜR DIE PÄD. ÜBERMITTAGSBETREUUNG

meines/unseres Kindes

PERSÖNLICHE ANGABEN ZUM KIND

(Für jedes Kind ist eine separate Kostenübernahmeerklärung sowie Einzugsermächtigung auszufüllen.)

NAME DES KINDES

Klienten-Nr. Sopart

(wird von der Diakonie ausgefüllt!)

VORNAME DES KINDES

STRASSE

HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL

WOHNORT

TELEFON (tagsüber)

NAME DER SCHULE

MONATSBEITRAG (bis auf Widerruf)

BITTE ZUTREFFENDE LEISTUNG ANKREUZEN

1 Tag / Woche	14,00 €	<input type="checkbox"/>
2 Tage / Woche	28,00 €	<input type="checkbox"/>
3 Tage / Woche	42,00 €	<input type="checkbox"/>
4 Tage / Woche	56,00 €	<input type="checkbox"/>
5 Tage / Woche	70,00 €	<input type="checkbox"/>

1. Die Diakonie Düsseldorf verpflichtet sich, sämtliche Daten vertraulich zu behandeln. Sie ist zur Weitergabe von Daten an die Schule berechtigt, soweit es die betrieblichen Abläufe erfordern.
2. Die monatlichen Betreuungsbeträge sind für das gesamte Schuljahr (1.8. bis zum 31.7.), also 12 Monatsbeträge zu zahlen (auch für die Ferienmonate).
3. Der Monatsbeitrag entspricht einer Durchschnittskalkulation für das gesamte Schuljahr. Der monatliche Beitrag würde höher ausfallen, wenn nur die tatsächlichen Schulzeiten berechnet worden wären.
4. Der volle Monatsbeitrag ist für jedes angemeldete Kind zu zahlen.
5. Im Sinne aller zahlenden Eltern mahnen wir ausstehende Beträge vier Wochen nach Fälligkeit an.

DATUM

NAME 1. PERSONENSORGEBERECHTIGTE/R

UNTERSCHRIFT 1. PERSONENSORGEBERECHTIGTE/R

DATUM

NAME 2. PERSONENSORGEBERECHTIGTE/R

UNTERSCHRIFT 2. PERSONENSORGEBERECHTIGTE/R

BITTE WENDEN

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats	
Name des Zahlungsempfängers: Diakonie Düsseldorf	
Anschrift des Zahlungsempfängers Platz der Diakonie 1 40233 Düsseldorf	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000405256	
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die Diakonie Düsseldorf widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.	
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Diakonie Düsseldorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Diakonie Düsseldorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer: Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)	
BIC:	
Ort:	Datum:
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

BITTE WENDEN