

# Anmeldung für die Herbstferienbetreuung 2019

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Betreuungsbedarf: bitte ankreuzen

KW 41	KW 42
07.10. – 11.10.2019	14.10. – 18.10.2019
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Betreuungszeit:** Kernzeit der Gruppe: 08.00-13.00 Uhr **pro Woche 20,- €**  
Frühdienst: 07.30-08.00 Uhr  
Spätdienst: 13.00-13.30 Uhr

## Betreuungszeit: bitte eintragen

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**HINWEIS: Eine kostenlose Stornierung der angemeldeten Betreuungswochen ist bis zum 19.09.2019 möglich, anderenfalls wird der volle Beitrag eingezogen!**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Paritätischen Cuxhaven, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Herbstferienbetreuung: Anzahl: \_\_\_\_\_ Woche/n à 20,- € = \_\_\_\_\_ €

von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die 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.

<b>IBAN/Kto.-Nr.:</b>	
<b>BIC/BLZ:</b>	
<b>Kreditinstitut:</b>	
<b>Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:</b>	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen