



Caritasverband Wetzlar/ Lahn-Dill-Eder e.V.
Päd. Mittagsbetreuung Wetzbachtalschule
Goethestr. 13
35578 Wetzlar
Betreuung Schwalbach: Tel. 0177-3288905
Betreuung Nauborn: Tel. 0160-93175594
Tel. 06441-2008282
Fax: Tel. 06441-9026129
Email: pm-wetzbachtalschule@caritas-wetzlar-lde.de



Ergänzung zur Betreuungsvereinbarung: Beförderung der Ganztags-Betreuungskinder von Schwalbach nach Nauborn

Name _____

Adresse _____

PLZ und Ort _____

Name des Kindes _____

Die Beförderung vom Schulstandort Schwalbach zur pädagogischen Mittagsbetreuung nach Nauborn um 13.15 Uhr für die Betreuungskinder, findet momentan mit einem Taxi statt. Die Kosten dafür übernehmen überwiegend der Caritasverband und die Gemeinde Schöffengrund.

Ein Eigenteil von 20,- €/ Monat für die Beförderung des angemeldeten Kindes wird von den Eltern zuzüglich zum monatlichen Betreuungsbetrag übernommen.

Ich /Wir übernehmen den Eigenanteil in Höhe von 20,00€ und erteilen zum Bankeinzug dieses Betrages das SEPA Basis-Lastschrift – Mandat.

Datum: Or:

Unterschrift:



Caritasverband Wetzlar/Lahn-Dill-Eder e.V.

Goethestr. 13

35578 Wetzlar

**SEPA Basis-
Lastschriftmandat**

Caritasverband Wetzlar/Lahn-Dill-Eder e.V., Goethestr. 13, 35578 Wetzlar

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE57ZZZ00000196047**

Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt**

Vorname und Name des Kontoinhabers:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Caritasverband Wetzlar/Lahn-Dill-Eder e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Caritasverband Wetzlar/Lahn-Dill-Eder e.V. 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.

Kreditinstitut, Name und BIC:

IBAN:

Datum, Ort, Unterschrift:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung/den Vertrag für

Bitte ausfüllen lassen, falls Kontoinhaber vom Kunden/Patienten abweicht. Kann ansonsten auch einfach