



**Caritasverband
für das Dekanat
Ahlen e.V.**

vielfältig menschlich



Albert-Schweitzer-Schule

Träger: **Caritasverband Ahlen e.V.**

Verwaltung: Büro Kita Villa Regine
Auf dem Westkamp 26
59227 Ahlen
I.althoff@caritas-ahlen.de

Ludger Althoff Tel: 0 23 82/ 5470030

Leitung: Janine Kuschel
Tel.: 02382-8551761
Ogs-ass@caritas-ahlen.de

ÜMI – Vertrag

Beginn des Vertrages _____

Kind Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum	Klasse

Erziehungsberechtigte

Name	Vorname	Telefon

Anschrift

Straße Hausnummer	PLZ	Ort

Hiermit beantrage ich einen Platz in der ÜMI – Über Mittag Betreuung. Die Betreuungszeit beginnt ab 11.30 Uhr und endet um 13.20 Uhr.

Der Elternbeitrag beträgt 20,00 € und wird im SEPA Einzugsverfahren durch den Caritasverband eingezogen. Bei steigenden Lohnkosten, kann sich der Beitrag erhöhen, dies wird vor Beginn des neuen Schuljahres bekannt gegeben. Die erste Anpassung erfolgt ggf. zum Schuljahr 2020/2021.

Der Vertrag endet automatisch zum Schuljahresende der 4. Klasse. Ein Sonder Kündigungsrecht besteht zu jedem Schuljahresende und innerhalb der ersten zwei Wochen des neuen Schuljahres.

Mein Kind kommt an folgenden Tagen in die Betreuung:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Mein Kind darf um 13.20 Uhr den Heimweg selbständig antreten

Mein Kind wird bis spätestens 13.20 Uhr abgeholt.

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass meine Daten zur Verwaltungsstelle, Caritasverband Ahlen, übermittelt und dort zwecks Verarbeitung gespeichert werden.

Ahlen, den _____

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Leitung

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme



Albert-Schweitzer-Schule

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Caritasverband Ahlen Rottmannstraße 27 59229 Ahlen
--



**Caritasverband
für das Dekanat
Ahlen e.V.**

vielfältig menschlich

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE16ZZZ00000660057

Name des Kontoinhabers / Erziehungsberechtigten

--	--

Debitorennummer

--

Name des Kindes

--

SEPA-Lastschriftmandat

Für die Übermittagbetreuung (ÜMI) an der Albert-Schweitzer-Schule
in Höhe von **20,00 Euro / Monat**, jeweils **zum 15. eines Monats** fällig.

Ich/Wir ermächtige(n) den

Caritasverband für das Dekanat Ahlen e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

Rottmannstraße 27 59229 Ahlen

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

--

Kreditinstitut (Name der Bank)

--

BIC (max. 11 Stellen) siehe Kontoauszug Ihrer Bank

--

IBAN (DE+20 Stellen) siehe Kontoauszug Ihrer Bank

--

Ort, Datum Unterschrift

--