

FERIENBETREUUNG

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,

für die Ferienbetreuung bitte die gewünschte Ferienwoche (z.B. Herbst) ankreuzen und den Zeitraum von Montag bis Freitag in die Ferienwoche eintragen. Es werden immer ganze Wochen geplant mit Ausnahme der unterrichtsfreien Tage.

Die Abbuchung erfolgt per SEPA und wird mit 4,70 € pro Mittagessen verrechnet.

Das Essen besteht aus einem täglich, frisch gekochten Hauptgericht mit Beilagensalat. Für Fleischgerichte werden nur Pute und Rind verwendet.

Die Erziehungsberechtigten verpflichten sich, Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten durch Vorlage eines ärztlichen Attestes zu belegen. Darüber hinaus wird versichert, dass keine weiteren Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten bestehen. Bei schweren allergischen Reaktionen, wie z.B. Atemnot, Ohnmacht, Schockreaktionen oder Epilepsie kann keine Verköstigung geleistet werden.

Lebensmittelunverträglichkeit / -allergie	Reaktion bei versehentlichem Kontakt

Werden gebuchte Mittagessen nicht in Anspruch genommen, können diese nicht rückvergütet werden.

Bei Rückbelastung durch die Bank werden die anfallenden Gebühren in Rechnung gestellt und die Schulleitung tritt in Kontakt mit den Erziehungsberechtigten.

Das SEPA Lastschriftmandat bitte ausgefüllt per E-Mail an kinderkueche@buengerhilfe-ingolstadt.de.

Bei Rückfragen können Sie sich direkt an die bürgerhilfe ingolstadt kinderKüche wenden.

Ihre kinderKüche

Kontakt: Frau Daniela Wilhelm, Siemensstraße 7, 85055 Ingolstadt, Tel: 0841-95350855

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer DE13ZZZ00000076365

FERIENBETREUUNG

Bitte die Ferienwoche(n) sowie bei Bedarf den letzten Montag vor Schulbeginn nach den Sommerferien in die nachfolgenden Zeilen eintragen:

Name Kind: _____

Name Kontoinhaber: _____

Herbst: ____ Frühjahr: ____ Ostern: ____ Pfingsten: ____ Sommer: ____

unterrichtsfreie Tage: Montag, 09.09.2024: ____ Buß- und Betttag: ____

Ferienwoche 1: _____

Ferienwoche 2: _____

Ferienwoche 3: _____

Ferienwoche 4: _____

Ferienwoche 5: _____

Ferienwoche 6: _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bürgerhilfe ingolstadt kinderKüche GmbH
Siemensstraße 7
85055 Ingolstadt

SEPA Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die

bürgerhilfe ingolstadt kinderKüche GmbH

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der

bürgerhilfe ingolstadt kinderKüche GmbH

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. Prinzipiell erfolgt die Abbuchung monatlich. Die erste Abbuchung erfolgt im Monat September und die letzte im Juli. Bei einer Rückbuchung durch Ihre Bank werden Ihnen die dadurch anfallenden Gebühren in Rechnung gestellt und mit der nächsten Monatsabbuchung belastet.

Kontoinhaber (Name, Vorname) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer (bei Rückfragen) _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN

DE _____

Ort, Datum

Unterschrift