

Anmeldeformular Mittagessen Albert-Schweitzer-Schule Offenbach

ESSWERK / Mike Gräf
Jacques-Offenbach-Straße 12
63069 Offenbach
F 069-83009786-77
E mike.graef@lebmail.de

Bitte an ESSWERK schicken, faxen oder mailen

Ja, ich/meine/unsere Tochter, mein/unser Sohn werde/wird am Mittagstisch der Albert-Schweitzer-Schule in Offenbach teilnehmen.

Ich / Wir ermächtigen Sie, den Monatsbeitrag vom unten angegebenen Konto per SEPA Lastschriftmandat einzuziehen.

Zu Unrecht eingezogene Beträge können jederzeit zurückgefordert und diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden. Ihre Mandatsnummer und unsere Gläubiger-ID wird Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

**¹ Wir sind verpflichtet, Sie regelmäßig über die Höhe und den Tag (14 Tage nach der Information) des Einzuges zu informieren. Wir machen dies kostenlos per Email oder - falls keine Emailadresse angegeben wurde – postalisch gegen eine Gebühr in Höhe von 3 €.*

***² Einer verkürzten Einzugsfrist (3 Tage nach Information) stimme ich zu** ja nein

Für von Ihnen verschuldete Rückbuchungen der Bankeinzüge berechnen wir Ihnen eine Gebühr von 6,00 €. Ihnen bleibt der Nachweis geringerer Rücklastschriftkosten vorbehalten. Uns bleibt vorbehalten, höhere Rücklastschriftkosten nachzuweisen.

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname der Schülerin, des Schülers

Anschrift

Telefon

E-Mailadresse

***³** Ich/wir beantrage/n einen Zugangscode für die Internetbestellung. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Zugangsdaten nicht an Dritte weitergeben darf/dürfen.

***⁴** Ich erhalte Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket

Amt: _____ AZ./BG-Nr: _____

(wird nur bearbeitet, wenn uns der Bescheid und das Aktenzeichen / die BG-Nr. vorliegt)

Name Kontoinhaber

Bank

IBAN

BIC

! Die Hinweise zum Datenschutz befinden sich im Anhang und auf unserer Seite www.ls-mittagessen.de

Datum, Ort:

Unterschrift Kontoinhaber:
