

***Bitte ausfüllen und zurückgeben! Danke.***

## **Anmeldung**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_ **Kiga**  **Krippe**

Bitte zutreffendes  
ankreuzen!

<b>Frühstück</b>	<b>Mittag</b>	<b>Vesper</b>	<b>Getränke</b>	<b>Obst</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essensversorgung ab: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat. des Kindes: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Rechnung per Mail versenden!  
**(Papierform 1,00 € pro Rechnung)**

Die Abrechnung des Essengeldes erfolgt monatlich rückwirkend und wird

per Überweisung

per Lastschrift jeweils zum 1. des Monats **(Bitte Rückseite ausfüllen.)**

bezahlt.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Es gelten die AGBs der Volksküche Aschersleben / Staßfurt GmbH, diese finden Sie unter [www.volkskueche-asl.de](http://www.volkskueche-asl.de) oder liegen in unserer Geschäftsstelle zur Kenntnisnahme.

Datenschutz:

Wir weisen darauf hin, dass wir die für den Geschäftsablauf notwendigen Kundendaten wie Name, Anschrift, Bestellungen etc. elektronisch in einer Datenverarbeitungsanlage speichern. Die Daten werden entsprechend den Vorschriften des Bundesgesetzes vor Missbrauch geschützt. Der Kunde ist mit der Speicherung dieser Daten einverstanden.



# SEPA-Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Volksküche Aschersleben / Staßfurt GmbH  
Lange Reihe 22  
06449 Aschersleben

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE68ZZZ00000191775

Mandatsreferenz

(wird noch bekannt gegeben / Kundennummer)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name und Adresse des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

---

---

---

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen

BIC/Swift des Zahlungspflichtigen

---

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

---

Ort / Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)