

PK: \_\_\_\_\_  
(wird von VG ausgefüllt)

erfasst am: \_\_\_\_\_  
(wird von VG ausgefüllt)

## Anmeldung zur Teilnahme am Mittagessen in der Realschule plus Birkenfeld

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser/mich als

Kind       männlich     weiblich       Lehrkraft / bzw. Mitarbeiter Schule

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname: Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: Klasse: \_\_\_\_\_

zur Teilnahme am Mittagessen in der Realschule plus Birkenfeld

ab dem \_\_\_\_\_ an.

Sorgeberechtigte/r bei Anmeldung Kind:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Anschrift (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nummer für Rückfragen:

Der Elternbeitrag zur Verpflegung von zurzeit täglich **3,90 €** wird nach Anzahl der monatlichen Verpflegungstage jeweils zu Beginn des Folgemonats von meinem/unserem Konto durch die Verbandsgemeinde Birkenfeld abgebucht.

Liegen die Voraussetzungen für Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket vor, werden die gesamten Aufwendungen des Kindes für das gemeinschaftliche Mittagessen übernommen.

Anträge auf Leistungen für Bildung und Teilhabe erhalten Sie in der Schule. Der Antrag ist bei einem der für die Leistungen zuständigen Träger zu stellen.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die Verpflegungsordnung der Realschule plus Birkenfeld erhalten habe/n und anerkenne/n.

Dass meine/unsere Angaben richtig und vollständig sind und dass ich/wir alle Änderungen sofort dem Schulträger mitteile/n.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

# SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften (Erteilung einer Einzugsermächtigung)

Verbandsgemeinde Birkenfeld  
Schneewiesenstr. 21  
55765 Birkenfeld

Zahlungsempfänger: Verbandsgemeinde Birkenfeld  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48BIR00000102313

## SEPA-Lastschriftmandat

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

**Änderungen meiner/unserer Bankverbindung werde/n ich/wir unverzüglich mitteilen.**

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.

Verwendungszweck: Mittagsverpflegung Realschule plus Birkenfeld

SEPA-Lastschriftmandat ist gültig:

ab sofort

ab dem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kontoinhabers: (falls nicht Sorgeberechtigte/r):

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsverhältnis zum Kind: (falls nicht Sorgeberechtigte/r):

\_\_\_\_\_  
IBAN:

\_\_\_\_\_  
BIC:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

Die Verbandsgemeinde Birkenfeld wird Ihnen mit der ersten Abbuchung Ihre Mandatsreferenz mitteilen. Änderungen des SEPA-Lastschriftmandates werden Ihnen rechtzeitig schriftlich mitgeteilt.