

Name der Eltern: _____

Anschrift: _____

Tel. / E-Mail: _____

Ich melde / wir melden folgendes Kind / folgende Kinder **verbindlich** für eine Betreuung in der ersten Herbstferienwoche 2020 an:

Kind, geb:	
Kind, geb:	
Kind, geb:	

Bitte ankreuzen:

Zeitraum	bis 14.00 Uhr	Gebühr	bis 15.30 Uhr	Gebühr
1. Woche 05.10. – 09.10.		80,- €		100,- €

Ich bitte um **Rückgabe bis zum 15.09.2020 nur über den Briefkasten der Gemeinde Steinbergkirche c/o Amt Geltinger Bucht, Holmlück 2, 24972 Steinbergkirche.**

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich willige ein, dass die Gemeinde Steinbergkirche meine personenbezogenen Daten (bspw. Name, Anschrift, E-Mail-Adresse) sowie die weiteren kindbezogenen Daten (bspw. Name und Geburtsdatum), die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind, erheben, speichern und nutzen darf. Bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses werden die erhobenen Daten nach Ablauf von zwei Jahren gelöscht, außer es besteht von Seiten eines Vertragspartners ein begründetes Interesse an deren weiteren Aufbewahrung. Mir ist bewusst, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ohne eine Zustimmung kann die Betreuung Ihres Kindes in einer unserer Einrichtungen allerdings nicht erfolgen. Das Recht des Widerrufs bleibt vorbehalten.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Bitte wenden!

SEPA-Lastschriftmandat für die Ferienbetreuung Herbstferien 2020

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000334958

Mandatsreferenznummer: _____
(wird vom Amt vergeben und separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Amtskasse Geltinger Bucht, den Gesamtbetrag in Höhe von _____ € von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der Amtskasse Amt Geltinger Bucht auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Angaben zum Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN (siehe Kontoauszug) D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

BIC (8 oder 11 Stellen) _____ | ____

- Ich wünsche / wir wünschen eine Rechnung.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Ich bitte um **Rückgabe bis zum 15.09.2020 nur über den Briefkasten der Gemeinde Steinbergkirche c/o Amt Geltinger Bucht, Holmlück 2, 24972 Steinbergkirche.**

Vielen Dank!