

Mensaverrein der GSH e.V., Hülbecker Straße 5, 42579 Heiligenhaus

An den Mensaverrein
der Gesamtschule Heiligenhaus e.V.
Hülbecker Straße 5

42579 Heiligenhaus

Schuljahr 2018/2019

Mitglied - Nr.

Hülbecker Straße 5
42579 Heiligenhaus
Tel.: 02056 – 92 94 923
FAX: 02056 – 92 94 924

Bankverbindung
Kreissparkasse Düsseldorf
IBAN: DE38 3015 0200 0018 0045 80
BIC: WELADED1KSD
USt-ID-Nr.: DE 196 818 513

www.mensaverrein.de
mensa@gesamtschule-heiligenhaus.de

Vereinsregistereintrag
Wuppertal VR 15910
Vorsitzende: Jutta Schwartz

Anmeldung zum Mittagstisch für 4 Tage pro Woche

für die Mittagsverpflegung von **Montag bis Donnerstag**

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Hiermit bestelle ich für mein Kind _____ Klasse: _____

ab dem _____ Mittagessen für das laufende/ kommende Schuljahr.

Für dieses ABO entstehen Kosten in Höhe von **46,90 € pro Monat** für durchschnittlich ca. 140 Mittagessen pro Schuljahr. Die Verpflegung erfolgt ausschließlich an den Tagen, an den Unterricht abgehalten wird.

Die Abbuchung der Beiträge erfolgt monatlich. Die Zahlung wird zum 1. Arbeitstag des jeweils fälligen Monats eingezogen. Bitte buchen sie den Beitrag von meinem Konto ab.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Zur Beachtung - wichtig -

Die Essensbestellung bezieht sich zunächst auf das laufende bzw. kommende Schuljahr (01.08. bis 31.07.).

Die schriftliche Kündigung kann nur zum Schuljahrsende (immer nur zum 31.07.) erfolgen. Wird bis 4 Wochen vor diesem Stichtag (30.06.) keine Kündigung eingereicht, verlängert sich der Vertrag automatisch um ein weiteres Schuljahr.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA- Basis Lastschriftmandats:

Name des Zahlungsempfängers: Mensaveroin der Gesamtschule Heiligenhaus e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Hilsbecker Straße 5, 42579 Heiligenhaus

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE 27ZZZ00000556069

Mandatsreferenz (ihre Mitgliedsnummer, wird vom Verein ausgefüllt) _____

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung/ Recurrent Payments

SEPA- Basis Lastschriftmandat:

Ich/ Wir ermächtige(n) Sie, die Zahlung von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: _____ Vorname: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

BIC: _____ IBAN: DE _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/ uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.