

Hülsbecker 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.mensaverein.de

mensa@gesamtschule-heiligenhaus.de

Vereinsregistereintrag

Wuppertal VR 15910

Vorsitzende: Jutta Schwartz

Mensaverein der GSH e.V., Hülsbecker Straße 5, 42579 Heiligenhaus

An den Mensaverein  
der Gesamtschule Heiligenhaus e.V.  
Hülsbecker Straße 5

**42579 Heiligenhaus**

**Schuljahr 2018/ 2019**

Mitglied - Nr.

## **Anmeldung zum Mittagstisch für 5 Tage pro Woche**

für die Mittagsverpflegung von **Montag bis Freitag**

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 **58,70 € pro Monat** für durchschnittlich ca. 175 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: Mensaverain der Gesamtschule Heiligenhaus e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Hülsbecker 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.