



FREIE WALDORFSCHULE WANGEN E.V.

Gemeinnütziger Verein zur Förderung eines freien Schulwesens

Rudolf-Steiner-Str. 4 88239 Wangen im Allgäu Tel. (07522) 9318-0 Fax (07522) 9318-24

E-Mail: Posteingang@waldorfschule-wangen.de

FO-123

Verbindliche Anmeldung zur Ferienbetreuung im Hort an der Waldorfschule

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer (ggfs. auch mobil und Arbeitsplatz):

.....

E-Mail:

2. Ferienzeitraum:

Ferienöffnungszeit: :7:30 bis 15:30 Uhr

3. Betreuung (bitte die einzelnen Tage ankreuzen)

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Wochendatum von ... bis					Wochendatum von ... bis					Wochendatum von ... bis				
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Mo	Di	Mi	Do	Fr

4. Kosten: 19,00 € pro Tag (lt. gültigem Gebührenverzeichnis der Stadt Wangen)

Gesamtbetreuungsbeitrag: _____ €

Dieser Beitrag ist zum 3. Werktag eines Monats im Voraus fällig. Er ist auf das Konto der Volksbank Allgäu-Oberschwaben eG, IBAN: DE76 6509 1040 0142 8220 00 BIC: GENODES1LEU zu überweisen, bzw. wird abgebucht, sofern eine Einzugsermächtigung erteilt wird.

Ort, Datum: _____

Die Sorgeberechtigten: _____

Für den Verein Freie Waldorfschule Wangen e.V.: _____

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Die Freie Waldorfschule erhebt, speichert und verarbeitet die in diesem Vertrag genannten Daten für die Durchführung der Ferienbetreuung und des erforderlichen Zahlungsverkehrs. Eine weitergehende Nutzung, insbesondere eine Weitergabe an Dritte, ist ausgeschlossen.

Mit der Datennutzung im vorgenannten Umfang bin ich / sind wir einverstanden.

Ort, Datum _____

Die Sorgeberechtigten: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000073443

Mandatsreferenz: _____ - ____

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die Freie Waldorfschule Wangen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Freien Waldorfschule Wangen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Fälligkeitsdatum ist bis auf weiteres der Monatsanfang (die ersten 3 Werktage)

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut / Name: _____ BIC: _____ | ____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift: _____