

# Vertrag zur Mittagsverpflegung Kindergarten Wiesent - Naturgruppe

Ihr Ansprechpartner:

Bernd Röhl

[bernd.roehrl@sigma-inklusion.de](mailto:bernd.roehrl@sigma-inklusion.de)

Tel.: 09482/959370

Mobil: 0175/4133795

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname, Adresse, der sorgeberechtigten Mutter: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname, Adresse, des sorgeberechtigten Vaters: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

**Bitte die Buchung der Wochentage, an denen Ihr Kind am Mittagessen teilnimmt, hier ankreuzen!**

an folg. Wochentagen	Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>	Donnerstag <input type="checkbox"/>	Freitag <input type="checkbox"/>
Summe Wochentage	1 Tag <input type="checkbox"/>	2 Tage <input type="checkbox"/>	3 Tage <input type="checkbox"/>	4 Tage <input type="checkbox"/>	5 Tage <input type="checkbox"/>
Monatspauschale i. EUR	15,70 €	31,40 €	47,10 €	62,80 €	78,50 €

Verbindliche Teilnahme am Mittagessen ab: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung zur Mittagsversorgung erfolgt verbindlich, die Abmeldung muss über die Kündigung des Vertrages und in schriftlicher Form erfolgen, die Kündigung muss spätestens zum 20. des Monats erfolgen. Eine Teilnahme an der Mittagsverpflegung ist erst nach Unterschrift und Rückgabe des Vertrages möglich.

Die Gesamtkosten für die Mittagsverpflegung werden auf elf Monate aufgeteilt (September bis Juli eines Jahres), Ferien und sonstige Schließtage sind berücksichtigt. Preisanpassungen sind auch unterjährlich möglich. Die Monatspauschalen werden jeweils zum 15. des Monats von dem uns angegebenen Konto abgebucht. Sollten Rücklastschriftgebühren anfallen, wenn das Konto nicht die notwendige Deckung aufweist, müssen wir diese entsprechend verrechnen.

Ich, willige – jederzeit widerrufbar - ein, dass von der KJF Werkstätten gemeinnützige GmbH meine oben genannten personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die Informationen hierzu finden Sie auf unserer Internetseite: <https://www.kjf-werkstaetten.de/datenschutz/>

Die Sorgeberechtigten versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben und alle Veränderungen zum Vertrag unverzüglich mitzuteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

**SEPA-Lastschriftmandat ist bitte auszufüllen!**

**SEPA-Lastschriftmandat**  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers  
(Gläubiger)

KJF Werkstätten  
gemeinnützige GmbH  
Kirchhoffstraße 3  
93055 Regensburg

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE 84ZZZ00000140077

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die

KJF Werkstätten gemeinnützige GmbH

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

der KJF Werkstätten gemeinnützige GmbH

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift