Schulverband Schmalfeld-Hasenmoor-Hartenholm
Schulstraße 3
24640 Schmalfeld

Datum: _____

Betrifft: Mittagessen-Abbuchung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22ZZZ00001065118

Mandatsreferenz/Finanzadresse:

(wird von der Verwaltung ausgefüllt)

Pflichtangabe, bitte unbedingt ankreuzen:

☐ **Kindertagesstätte für die Kinder:** _____

☐ **Offene Ganztagsschule für die Kinder:** _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n den Schulverband Schmalfeld-Hasenmoor-Hartenholm, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Schulverband Schmalfeld-Hasenmoor-Hartenholm auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Kreditinstitut (Name)	(BIC)
(IBAN)	

_____

Datum, Ort und Unterschrift – **Nur im Original gültig! (kein Fax; keine e-Mail)**