

## Vereinbarung über die Teilnahme an der Essenversorgung und Einzugsermächtigung

Gegenstand der Vereinbarung, zwischen Ihnen und der Firma, ist die Versorgung Ihres Kindes in der nachstehenden Schule mit einem täglichen Mittagessen (Montag – Freitag) während der Schulzeit. Eine Kündigung der Vereinbarung ist jederzeit, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist, möglich. Es genügt eine Mitteilung an die Firma „Guten Appetit Service Team“- Liana Sperk.

Die Vereinbarung gilt an der Schule:

-Elisabeth-Gymnasium, Murmanker Straße 14, 06130 Halle

Verwendungszweck: Essenteilnahme

---

**Name des Essenteilnehmers:**

**Klasse:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Bildung und Teilhabe:** ja      nein      **(Bitte Gutschein im Original beilegen)**

---

**Name des Erziehungsberechtigten:**

---

**Essenteilnahme ab:**

---

**Telefonnummer:**

**E-Mail:**

---

**Anmeldung und Abrechnung:** Sie melden Ihr Kind mit dieser Vereinbarung (bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen) zur Essenversorgung an.

Ihre verbindliche Bestellung ist Grundlage für die Abbuchung.

**Leistung für Bildung und Teilhabe:** Ermäßigungen gemäß dem Gutschein werden gewährt. Voraussetzung ist die unverzügliche Anmeldung dieser Ansprüche unter Vorlage des Genehmigungsbescheides. ***Eine rückwirkende Gewährung der Ansprüche ist nicht möglich.***

**Bankeinzug:** Sie ermächtigen mich das Essengeld von Ihrem Konto abzubuchen. Die Abbuchung erfolgt bis zum 5. des Monats für den laufenden Monat.

**Nichteinlösung einer Lastschrift:** Das Essengeld wird inklusive Bankgebühren zum 1. des Folgemonats nachgebucht.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines  
SEPA-Lastschriftmandats (Kombimandat)

**Zahlungsempfänger**

Liana Sperk  
Murmanskerstr. 14  
06130 Halle  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00001447192

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

**1 .Einzugsermächtigung**

Ich ermächte/ wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/ uns zu entrichteten Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

**2 .SEPA- Lastschriftmandat**

Ich ermächte/ wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/ wir 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.

- Mandat für einmalige Zahlungen
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

**Zahlungspflichtiger**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Land des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut Name BIC

D	E																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten