



Sehr geehrte Eltern,

wie bereits in den Oster- und Sommerferien diesen Jahres haben Sie die Möglichkeit, ihr Kind in der ersten Woche der Herbstferien bei uns in der Betreuten Grundschule Brüggen e.V. anzumelden.

Unsere Betreuungszeiten sind vom 07:45 – 16:30Uhr.

Bitte geben Sie Ihrem Kind eine auffüllbare Trinkflasche und ein zweites Frühstück mit. Für warmes Mittagessen ist gesorgt.

Das Programm erhalten Sie nach Anmeldeschluss, da wir erst dann die Kosten kalkulieren können.

Es wird einen Tagesausflug mit dem Bus geben.

Die Anmeldungen senden Sie bitte per Mail an uns:

bgs-brueggen@t-online.de

Wenn Sie dieses Angebot für Ihr Kind nutzen möchten, bitte ich um entsprechende **Anmeldung** mit dem anhängenden Betreuungsauftrag **bis zum 19. Sept. 2022.**

Diese Anmeldung ist verbindlich, wir müssen den Bus umgehend buchen und bezahlen.

Bitte informieren Sie uns auch über evtl. Besonderheiten (vegetarisches oder muslimisches Essen, Krankheiten/Allergien,...).

Ebenfalls wichtig sind aktuelle Notfallnummern unter welchen wir Sie jederzeit erreichen können.

Unsere Telefonnummern sind:

02163/5701177 oder mobil 0178/8687973

Mit freundlichen Grüßen,

ihr Betreuungsteam

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Betreute Grundschule Brüggen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Nikolausplatz 3

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

41379 Brüggen

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 0 3 Z Z Z 0 0 0 0 5 0 5 8 6 7

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

41379 Brüggen

Land / Country:**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Brüggen, den

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

. . . . 2 0 2 2

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: