



Anmeldeformular

-Erlebnisorientierte Freizeit in den Winterferien 2019/2020-

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer (Festnetz/Mobil): _____

Freiwillige Angaben:

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken (z.B. Informationsmails) durch den Verein genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen der gesetzlichen Vertreter)

Bitte Teilnahmedatum eintragen!	Betreuungsschlüssel Stufe 1	Betreuungsschlüssel Stufe 2	Betreuungsschlüssel Stufe 3
1. Freizeitwoche (27.12. u. 28.12.2019): 2 Tage			
2. Freizeitwoche (02.01. – 04.01.2020): 3 Tage			

Die fälligen Beiträge werden von Ihrem, uns bekannten Konto, 1 Tag nach Rechnungsdatum eingezogen.

Bitte achten Sie auch auf ihr verbleibendes Budget (Entlastungsbetrag/Verhinderungspflege) und prüfen Sie dieses im Zweifelsfall.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Leben mit Autismus e. V. Bonn / Rhein-Sieg / Eifel

Odinstr.17 • 53913 Swisttal • Tel. 02255/ 9458933 • Fax 02255/ 9458934 • info@lebenmitautismus.de
Spendenkonto: Raiffeisenbank Rheinbach Voreifel e.G. IBAN DE35370696270342216013 • BIC GENODED1RBC
Registergericht AG Bonn unter der Nummer VR 9061 Vorsitzender: Peter Schumacher
Steuernummer: 222 / 5741 / 0648

SEPA-Basis Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Leben mit Autismus e.V.
Odinstr. 17
53913 Swisttal

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000813465

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer oder Kontaktnummer

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein „Leben mit Autismus e.V. Bonn - Rhein/Sieg - Eifel“ regelmäßig Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von „Leben mit Autismus e.V. Bonn/Rhein-Sieg/Eifel“ auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers