

Essenslieferungsvereinbarung an der Sahnschule Crimmitschau

zwischen
dem Wirtschaftsbetrieb des



und folgendem Schüler bzw. Sorgeberechtigten wird geschlossen:

Name, Vorname des Schülers

Geburtsdatum

Klasse

Sorgeberechtigte des Schülers:

1. Sorgeberechtigte:

Name, Vorname / Eheleute

Anschrift:

Die tägl. Essenspreise belaufen sich zur Zeit auf 3,75 € zzgl. 0,30 € Verpackungspauschale incl. gesetzlicher Mehrwertsteuer!

Es ist mindestens eine wochenweise Essenbestellung notwendig!

Der Speiseplan ist unter folgender Website einzusehen:

www.fab-crimmitschau.de/Informationen/Speiseplan

Bitte ankreuzen:

		Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.
Kw.						
Wochenangebot						
		Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.
Kw.						
Wochenangebot						
		Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.
Kw.						
Wochenangebot						
		Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.
Kw.						
Wochenangebot						

Bei Abwesenheit ist eine Stornierung nur bis 8:00 Uhr des betreffenden Tages möglich!

Bitte rufen Sie die Küche des FAB e.V. unter der Telefonnummer 03762 / 9514 270 an.

Zahlung des Essengeldes - siehe Lastschriftvereinbarung im Anhang!

Bei wiederholter Bestellung gilt die Lastschriftvereinbarung fort. Bei Veränderung ist ein neu ausgefülltes Formular mit abzugeben!

Eine Essenslieferung kommt nur zustande, wenn ein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt!

Die Bestellung ist im Schulsekretariat am Donnerstag bis 12:00 Uhr für die nächste Woche abzugeben!

Unterschriften:

Sorgeberechtigte/r

Datum



FAB e.V.
Verein zur Förderung von Ausbildung, Beschäftigung, Beratung und
Betreuung Jugendlicher und Erwachsener
Zwickauer Straße 69 in 08451 Crimmitschau (Tel.-Nr.: 0 37 62 / 95 14 0)

SEPA Basis-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung)

Name, Vorname des Kindes: _____

Einrichtung: _____

Zahlungsempfänger

FAB e. V. Crimmitschau
Zwickauer Straße 69
08451 Crimmitschau

Gläubigeridentifikationsnummer (CI):
Mandatsreferenznummer:

DE 58ZZZ00000488096
wird vom Zahlungsempfänger vergeben und mitgeteilt

Einzugsermächtigung/SEPA Basis-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den FAB e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom FAB e.V. auf mein / unser Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte beachten Sie, dass ein Widerruf Ihrer Lastschrift Sie jedoch nicht von Ihrer Zahlungsverpflichtung entbindet. Die Belastung von Bearbeitungsgebühren und Rücklastschriftgebühren behalten wir uns in Fällen von Rücklastschriften vor.

Zahlungspflichtiger

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--

Kreditinstitut

IBAN

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

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--

Ort, Datum

Unterschrift(en)