

Ummeldung der Mittagsversorgung



Kunde (=gesetzlicher Vertreter, Auftraggeber)

Name, Vorname *

Geburtsdatum *

Straße, Hausnummer *

PLZ Wohnort *

Telefonnummer *

E-Mail *

ASB Küstenkinder gGmbH

Kundenzentrum

Am Soll 10

18182 Bentwisch

Telefon: 038208 8433-115/126

E-Mail:

kundenzentrum@asb-kuestenkinder.de

Internet : www.asb-kuestenkinder.de

Bitte nutzen Sie die Ummeldung bei einem Einrichtungswechsel unter der Voraussetzung, dass beide Einrichtungen durch die Küstenkinder gGmbH versorgt werden.

Name des Kindes *

Geburtsdatum des Kindes *

Name der Kita / der Schule/ des Hortes (alt) *

Name der Kita / der Schule/ des Hortes (neu) *

Ummeldung ab (Datum) *

*Bei den mit * gekennzeichneten Feldern handelt es sich um Pflichtfelder.*

In folgenden Horten der ASB-Küstenkinder gGmbH wird eine Getränkepauschale erhoben:

- Hort Bentwisch, Hort Graal-Müritz, Hort Mönchhagen

Grundlage dieser Vereinbarung sind die allgemeinen Geschäfts- und Lieferbedingungen, die Informationen zur Mittagsversorgung und die Hinweise zur Datenverarbeitung, die der AG mit seiner Unterschrift anerkennt.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Zugangsdaten für das Online-Bestellsystem erhalten Sie nach der internen Bearbeitung Ihrer unterschriebenen Ummeldung durch unser Kundenzentrum. Ihnen wird eine Vertragskopie mit der Chip Nr./ Anmelde Nr. und dem Passwort per E-Mail zur Verfügung gestellt.

Zur internen Bearbeitung:

eingegangen am / Bearbeiter	Chip Nr./ Anmelde Nr.:	Passwort:	Debitorennummer:

erstellt: 11.2025	geprüft: 11.2025	freigegeben: 11.2025	Seiten
Doose-Bruns	Krienke	Krienke	Seite 1 von 2
Ummeldung Version 02			

SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger
ASB Küstenkinder gGmbH
Geschäftsstelle
Neue Dorfstraße 6, 18196 Dummerstorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE12ZZZ00000457302**
Mandatsreferenznummer: **(Kundennummer)0000001**

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/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

Name des Kindes:																				
Einrichtung:																				
Essengeld / Getränkegeld																				
Kontoinhaber – Anschrift:																				
Kreditinstitut:																				
BIC:																				
IBAN: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">D</td><td style="width: 20px; text-align: center;">E</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>	D	E																		
D	E																			

Die Abbuchung des Essengeldes erfolgt jeweils zum **15.** des darauffolgenden Monats.

Wir ziehen mit einer SEPA-Lastschrift von der oben angegebenen Kontoverbindung zum vereinbarten Termin eines jeden Monats den Betrag ein. Zu beachten sind bis zu zwei Bankarbeitstage. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag Ihres Kreditinstitutes.

Ort, Datum

Unterschrift

erstellt: 11.2025	geprüft: 11.2025	freigegeben: 11.2025	Seiten
Doose-Bruns	Krienke	Krienke	Seite 2 von 2
Ummeldung Version 02			