

Vertrag Essen auf Rädern

Kunde

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

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

Ich beauftrage die ASB Küstenkinder gGmbH mit meiner Mittagsversorgung.

Grundlage dieser Vereinbarung sind die allgemeinen Geschäfts- und Lieferbedingungen und die Hinweise zur Datenverarbeitung, die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Ort, Datum

Unterschrift

Nach Eingang Ihres Vertrages wird intern geprüft, ob wir Ihre Versorgung logistisch sicherstellen können.

Nach einer positiven Prüfung und der internen Bearbeitung Ihres Vertrages erhalten Sie die Zugangsdaten für das Online-Bestellsystem durch unser Kundenzentrum. Ihnen wird eine Vertragskopie mit Anmelde Nr. und Passwort per E-Mail oder postalisch zur Verfügung gestellt.

Für Ihre Bestellung haben sie die Möglichkeit ab dem _____ unser Online-Bestellsystem oder einen Speiseplan zum Ankreuzen zu nutzen.

Zur internen Bearbeitung:

| | | | |
|-----------------------------|--------------|-----------|-------------------------|
| eingegangen am / Bearbeiter | Anmelde Nr.: | Passwort: | Freigabe Küchenleitung: |
| | | | |

| | | | |
|---|------------------|----------------------|---------------|
| erstellt: 11.2025 | geprüft: 11.2025 | freigegeben: 11.2025 | Seiten |
| Doose-Brunns | Krienke | Krienke | Seite 1 von 2 |
| Vertrag Mittagsversorgung Schule / Version 03 | | | |

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

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-Brunss | Krienke | Krienke | Seite 2 von 2 |
| Vertrag Mittagsversorgung Schule / Version 03 | | | |