

Anmeldung zum Mittagessen im Schuljahr 2022/2023 bei Wahlunterricht / ohne Ganztagsangebot



Name des Schülers / der Schülerin: _____

im Schuljahr 2022/2023 in Klasse/Jahrgangsstufe: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Hiermit bestelle ich verbindlich für meine Tochter / meinen Sohn ein Mittagessen (einschließlich Getränk):

Monatspauschale (für 11 Monate von Oktober bis August) für das Mittagessen	1 Tag pro Woche	2 Tage pro Woche	3 Tage pro Woche	4 Tage pro Woche
	17,00 €	34,00 €	51,00 €	68,00 €

Ich werde die Übernahme der Kosten für die Mittagsverpflegung beantragen. (Bitte Lastschriftmandat trotzdem ausfüllen, falls der Antrag nicht oder nur zeitweise genehmigt wird.)

Gewünschte Tage (Änderungen möglich), bei 1, 2 oder 3 Tagen pro Woche:

Mo Di Mi Do

Zusätzliche Angaben: kein Schweinefleisch kein Rindfleisch vegetarisch

Lebensmittelallergie - welche? _____

Bei Allergien bitte ärztliches Attest vorlegen.

(Änderungen bitte schriftlich durch einen Erziehungsberechtigten eine Woche im Voraus mitteilen!)

Eine Änderung der Essensbestellung ist jeweils **schriftlich bis 20. eines Monats für den Folgemonat** möglich. Für Feiertage und Ferientage fallen keine Kosten an. Bei längeren Erkrankungen (ab zwei Wochen) wird die Monatspauschale entsprechend reduziert.

Mandatsreferenz (Nr. wird zugeteilt):

Bezahlung durch SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den „Verein der Freunde der Albert-Schweitzer-Realschule Regensburg e. V.“, Isarstraße 24, 93057 Regensburg (Kooperationspartner für die Ganztagschule), die jeweilige **Essenspauschale** monatlich **jeweils zum 03. eines Monats** von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so verschiebt sich der Einzug auf den ersten folgenden Werktag. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom „Verein der Freunde der Albert-Schweitzer-Realschule Regensburg e. V.“ auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften 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/ unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie sehr herzlich, Änderungen bei Ihrer Bankverbindung möglichst bald mitzuteilen. Rücklastschriften verursachen derzeit Kosten in Höhe von ca. 3,00 €, die wir Ihnen dann wiederum in Rechnung stellen müssten.