

Adebis: _____
Debitor: _____

Buchungszeitenvereinbarung **Krippe 2025-2026** gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Kindes _____ geb. _____ Wohngemeinde _____

	Std	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7:00 Uhr	0,5					
ab 7:30 Uhr	0,5					
ab 8:00 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
8:30- 12:00Uhr	3,5	Päd. Kernzeit				
bis 12:30	0,5	x	x	x	x	x
bis 13:30 Uhr	1					
bis 14.30 Uhr	1					
bis 15:30 Uhr	1					
Summe	8,5					

Die grau hinterlegte Buchungszeit bildet die Kategorie 20-25 Std/Woche und ist die **Mindestbuchungszeit inklusive Bring- und Abholzeit.**

Buchungszeit pro Woche	Durchschnitt-liche tägl. Buchungszeit	Kind unter 3 Jahren
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 260,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 287,00 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 315,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 344,00 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 405,00 €

Der **Beitragszuschuss von 100,-€ für Kinder ab 3 Jahren** wird automatisch bei der Beitragsabbuchung abgezogen. Die **Kosten von 5,00 € für Spiel- und Bastelmaterial** sind enthalten.

Mein Kind: hat einen integrativen Platz ist unter 3 Jahre
 beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft vorrangige häusliche Sprache ist nicht Deutsch

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name des Kindes _____ **SEPA-Lastschriftmandat /**
Mandatsreferenz: _____
(= Kunden-Nr. - wird von Kinderhilfe vergeben)

Zahlungsempfänger:	Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber:
Kinderhilfe Oberland – gemeinnützige GmbH Von-Kahl-Str. 4 86971 Peiting-Herzogsägmühle Gläubiger-ID: DE 43 ZZZ 00000043621	Vorname und Name Eltern/Sorgeberechtigte Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kinderhilfe Oberland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: DE _____

Die Beträge sind im Vorhinein fällig – und zwar bis zum 4. des Monats. Fällt der 4. auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag verschiebt sich die Fälligkeit der Beträge auf den nächsten Werktag.
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Bei Änderung der Bankverbindung oder Adresse bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.

Ort, Datum _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten _____