kinderhilfe Oberland - gemeinnützige GmbH

Adebis:_____

Debitor:

Kinderhaus im Dorf
Hauptstraße 55-57. 82380 Peißenberg
Telefon-Nr. (08803) 63 22-16
Kitapbgimdorf@kinderhilfe-oberland.de
www.kinderhilfe-oberland.de

Buchungszeitenvereinbarung Krippe 2025-26 gültig ab

Name des Kindes_____**geb.** _____**Wohngemeinde**_____

	Std.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.00 Uhr Frühdienst	1,0					
ab 08:00 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
8.30 - 11.30 Uhr	3	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit	Päd. Kernzeit
bis 12:00 Uhr	0,5	x	x	x	x	X
bis 13.00 Uhr	1,0					
bis 14.00 Uhr	1,0					
bis 15.00 Uhr	1,0					
bis 16.00 Uhr	1,0					
Summe	9,0					

Die grau hinterlegte Buchungszeit bildet die Kategorie 15,0 – 20,0 Std./Woche und ist die Mindestbuchungszeit inkl. Bring- und Abholzeit.

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Kind in Krippe	Geschwisterkind in Krippe
15,1 – 20,0 Std.	3,1 – 4,0 Std.	☐ 275,00 €	☐ 221,00 €
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	☐ 290,00 €	☐ 233,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	☐ 305,00 €	☐ 245,00 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	☐ 315,00 €	☐ 253,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	☐ 325,00 €	☐ 261,00 €
40,1 – 45,0 Std.	8,1 – 9,0 Std.	☐ 335,00 €	☐ 269,00€
Die Kosten von 5,00 € für Spiel- und Bastelmaterial sind im Beitrag enthalten.			

☐ 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

Ichermächtige 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: D E __

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 bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten