

Adebis: _____
 Debitor: _____

Buchungszeitenvereinbarung Kindergarten 2025-26 gültig ab

(Datum bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Kindes _____ geb. _____ Wohngemeinde _____

	Std.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.00 Frühdienst	1,0					
ab 8.00	0,5	x	x	x	x	x
8.30 - 12.30 Uhr	4	päd. Kernzeit				
bis 13.00 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
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 20-25 Std./Woche und ist die Mindestbuchungszeit inkl. Bring- und Abholzeit.

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Kind ab 3 Jahre	Kind 2,5 – 3 Jahre
>20 – 25 Std	4,1 – 5 Std	<input type="checkbox"/> 185,00 €	<input type="checkbox"/> 275,00 €
>25 – 30 Std	5,1 – 6 Std	<input type="checkbox"/> 200,00 €	<input type="checkbox"/> 297,50 €
>30 – 35 Std	6,1 – 7 Std	<input type="checkbox"/> 210,00 €	<input type="checkbox"/> 312,50 €
>35 – 40 Std	7,1 – 8 Std	<input type="checkbox"/> 220,00 €	<input type="checkbox"/> 325,00 €
>40 – 45 Std	8,1 – 9 Std	<input type="checkbox"/> 230,00 €	<input type="checkbox"/> 335,00 €

Der Beitragszuschuss von 100 € für Kinder ab 3 Jahren wird automatisch bei der Abbuchung abgezogen. Die Kosten für 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 Ringstraße 10 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 bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.

Ort, Datum _____

Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten _____