

Adebis: _____
Debitor: _____

Buchungszeitenvereinbarung Krippe 2025-26 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 – 12.00 Uhr	3,5	Päd. Kernzeit				
bis 12.30 Uhr	0,5	x	x	x	x	x
bis 13.30 Uhr	1,0					
bis 14.30 Uhr	1,0					
bis 15.30 Uhr	1,0					-----
Summe	8,5					

Die grau hinterlegte Buchungszeit bildet die Kategorie 4-5 Std. und ist die Mindestbuchungszeit inkl. Bring und Abholzeit.

Buchungszeit pro Woche	durchschnittliche tägl. Buchungszeit	Monatlicher Beitrag
20,1 – 25,0 Std.	4,1 – 5,0 Std.	<input type="checkbox"/> 219,00 €
25,1 – 30,0 Std.	5,1 – 6,0 Std.	<input type="checkbox"/> 239,00 €
30,1 – 35,0 Std.	6,1 – 7,0 Std.	<input type="checkbox"/> 259,00 €
35,1 – 40,0 Std.	7,1 – 8,0 Std.	<input type="checkbox"/> 279,00 €
40,0 - 45,0 Std.	8,0 - 9,0 Std.	<input type="checkbox"/> 299,00 €

Der monatliche Beitrag für Spiel- und Materialkosten in Höhe von 5,00 € sind im Beitrag inkludiert.

Mein Kind: hat einen integrativen Platz
 beide Eltern sind nicht deutschsprachiger Herkunft Die vorrangige häusliche Sprache ist nicht deutsch

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

_____ SEPA-Lastschriftmandat /
Name des Kindes 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 bitte umgehend der Einrichtungsleitung Bescheid geben.

Ort, Datum

Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten