



Grundschule St. Veit

Koblenzer Straße 133
56727 Mayen , 10.2.2025
Tel.: 02651 - 947718
Fax: 02651 – 947723
Mail: st.veitschule.my@t-online.de
Web: www.sanktveitschule.de

Verbindliche Anmeldung zum Ganztagsangebot

für das Schuljahr 2026 /2027

(Rückgabe bis spätestens 31.01.2026)

Name des Kindes:	Klasse im SJ 2026 / 2027:
Adresse:	
Eltern / Erziehungsberechtigte:	
Telefon privat:	
Telefon mobil:	
E-Mail:	

Hiermit melden wir unsere Tochter / unseren Sohn an der Grundschule St.Veit für die gesamte Grundschulzeit verbindlich im Ganztage an.

Diese Anmeldung ist **verbindlich** und kann **grundsätzlich nicht während des Schuljahres** widerrufen werden. Die Anmeldung für das Folgeschuljahr kann jedes Jahr bis zum 1.Februar des laufenden Schuljahres schriftlich widerrufen werden. Ebenso ist mit dieser Anmeldung die Verpflichtung verbunden, dass unsere Tochter / unser Sohn an den Angeboten der Ganztagschule an allen dafür vorgesehenen Tagen (Montag bis Donnerstag) bis 16.00 Uhr teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz _____ (wird von der Stadtverwaltung Mayen ausgefüllt)
 Adr.Nr. _____ Konto: 2131111-44140000 (wird von der Stadtverwaltung Mayen ausgefüllt)

Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat
Zahlungsempfänger
 Stadtverwaltung Mayen
 Steueramt
 Rathaus Rosengasse 2
 56727 Mayen

Gläubiger- Identifikationsnummer : **DE94ZZZ00000032712**

Hinweis: Bitte schicken Sie dieses Formular im Original zurück. Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.
 Eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist leider nicht möglich.
 Für Fragen zu dem von Ihnen erteilten SEPA Mandat stehen wir Ihnen unter Tel.Nr. 02651/88-2112 zur Verfügung.
 Sie erreichen uns:
 montags bis einschl. mittwochs und freitags von 08:30-12:00 Uhr
 und donnerstags von 08:30-16:00 Uhr

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Stadtverwaltung Mayen (bzw. deren Organisationseinheiten) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadtverwaltung Mayen (bzw. deren Organisationseinheiten) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Vorname und Name / Firma (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Deutschland _____
 Land _____

Name Kreditinstitut _____

IBAN _____ | _____ | _____ | (in Deutschland immer 22 Stellen)

BIC _____

Das Mandat gilt ab für die nachfolgend genannte(n) Forderung(en) (auch zukünftige Forderungen).
 Bitte eintragen:

Mittagstisch der Grundschule St. Veit/ Name Kind: _____

Datum _____ Ort und Unterschrift _____

Nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber

Vorname und Name / Firma (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Deutschland _____
 Land _____