

Schnitkamp & Hesse

Verpflegung mit Verantwortung

Schnitkamp & Hesse GbR Virnkamp 18, 48157 Münster

Mittagessen in der Käthe Kollwitz Realschule

Anmeldung zum Mittagessen

Vor – und Nachname des Kindes : _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Welche Fleischsorten darf Ihr Kind **nicht** essen: Schwein
 Geflügel
 Rind
 Fisch

Auf welche Stoffe reagiert Ihr Kind allergisch (bitte sehr genau beschreiben):

falls vorhanden Nr. Münsterlandkarte und Ablaufdatum _____

Der Preis pro Menü beträgt 3,70 € und wird zum 28. des Vormonates von Ihrem Konto per Lastschrift eingezogen. Bitte achten Sie auf ausreichende Deckung Ihres Kontos. Bei einer Rückbelastung müssen wir 10,00 € Kostenpauschale erheben

Essenstage: Mo. Di. Mi Do.

Abmeldungen Ihres Kindes von der Essensteilnahme sind nur über die e-Mailadresse

[abmeldung-KK @s-h.de](mailto:abmeldung-KK@s-h.de) bis 8.00 Uhr möglich.

Bitte füllen Sie unbedingt auch die Rückseite dieses Schreibens aus.

Schnitkamp & Hesse GbR
Geschäftsführer:
Winfried Schnitkamp
Thomas Hesse
StNr.: 336 5861 4051

Sitz der Gesellschaft: Münster
Virnkamp 18
48157 Münster

Bankverbindung:
Volksbank Amelsbüren
DE96 4006 9600 2202 470800
GENO DEM 1 MAB

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Schnitkamp & Hesse GbR
Virnkamp 18 | 48157 Münster |

D E 4 7 Z Z Z 0 0 0 0 1 4 7 0 1 7 4

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
type of payment:
one-off payment

**Schnitkamp & Hesse GbR
Virnkamp 18
48157 Münster**

falls vorhanden Münsterlandkartennummer _____

S c h u l e s s e n

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Name des Kindes: _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Schnitkamp & Hesse GbR, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Schnitkamp & Hesse GbR auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Sollte die Lastschrift durch meine Bank selbstverschuldet nicht eingelöst werden, ist mir bekannt, daß Kosten von 10,00 € entstehen, die durch mich erstattet werden müssen. Die jeweiligen Beträge werden zu Beginn des Folgemonats der Lieferung eingezogen

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.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) /
signature(s) of the debtor