

***Schnitkamp
& Team***
Verpflegung mit Verantwortung

Schnitkamp & Team, Virnkamp 18, 48157 Münster

Mittagessen in der Käthe Kollwitz Realschule

Anmeldung zum Mittagessen

Vor – und Nachname des Kindes : _____

Anschrift /e-mail : _____

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 Anfang des Monats im Voraus 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 bis 8.00 Uhr möglich.

Bitte füllen Sie unbedingt auch die Rückseite dieses Schreibens aus.

Schnitkamp & Team
Geschäftsführer:

Winfried Schnitkamp

StNr.: 336 5861 4051

Sitz:

Virnkamp 18
48157 Münster

Bankverbindung:

Volksbank Münsterland
Nord
DE79403619067208422300
GENODEM 1 BB

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

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

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

Schnitkamp & Team
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 & Team, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Schnitkamp & Team auf mein (unsere) 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.

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

Ort / location

Datum / date

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