

# Elbe-Havel-Werkstätten

gemeinnützige GmbH

Anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen



Elbe-Havel-Werkstätten gemeinnützige GmbH  
Gewerbegebiet Süd 15, 39524 Schönhausen

Telefon 03 93 23 / 844 - 0  
Fax 03 93 23 / 388 13

- Anmeldung zur Verpflegung in der Kita oder Schule**  
 **Änderungsmitteilung**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes \*)

\_\_\_\_\_  
Name der Kita und Gruppe / Schule und Klasse \*)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes (nur für Kita)

\_\_\_\_\_  
gewünschter Beginn der Versorgung \*)

## Erteilung eines SEPA-Kombimandates

Zahlungsempfänger:

DE 66 ZZZ 00000 287 647

\_\_\_\_\_  
Gläubiger-Identifikationsnummer

**Elbe-Havel-Werkstätten gGmbH**

**Gewerbegebiet 15**

**39524 Schönhausen**

\_\_\_\_\_  
Ihre Debitorennummer

\_\_\_\_\_  
Mandatsreferenz

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

### SEPA- Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzliche 14-tägige Frist für Informationen vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

einmalige Zahlung       wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) \*)

\_\_\_\_\_  
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) \*)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Straße, Hausnummer) \*)

\_\_\_\_\_  
BIC (8 oder 11 Stellen) \*)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Zahlungspflichtigen (PLZ, Ort) \*)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \*)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (für Rückfragen) \*)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen \*)

\*) Diese Felder müssen unbedingt vom Kunden ausgefüllt werden.