

Verbindliche Anmeldung zur Ferienbetreuung

ABGABE: Heistedter Straße 21 · 25746 Heide

Hiermit melde ich mein Kind _____

geboren am: _____ Schule/Klasse: _____

verbindlich für die Ferienbetreuung bei der AWO gGmbH an.

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Handynummer (WICHTIG): _____

E-Mail (für das Ferienprogramm): _____

Osterferien 2026			bitte ankreuzen
1. Woche	26.03. bis 02.04.	50€	<input type="checkbox"/>
2. Woche	07.04. bis 10.04.	50€	<input type="checkbox"/>

Sommerferien 2026			bitte ankreuzen
1. Woche	06.07. bis 10.07.	50€	<input type="checkbox"/>
2. Woche	13.07. bis 17.07.	50€	<input type="checkbox"/>
3. Woche	20.07. bis 24.07.	50€	<input type="checkbox"/>
4. Woche	27.07. bis 31.07.	50€	<input type="checkbox"/>
5. Woche	03.08. bis 07.08.	50€	<input type="checkbox"/>
6. Woche	10.08. bis 14.08.	50€	<input type="checkbox"/>

Herbstferien 2026			bitte ankreuzen
1. Woche	12.10. bis 16.10.	50€	<input type="checkbox"/>
2. Woche	19.10. bis 23.10.	50€	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Geschäftsführer
Michael Selck
Christof Tatka
Anna Ziemann

AR Vorsitzender
Wolfgang Baasch

Sparkasse Westholstein
BIC: NOLADE21WHO
IBAN: DE51 2225 0020 0000 1079 99

Handelsregister
Amtsgericht HRB 6309 KI
Gerichtsstand Kiel

Steuernummer
20 296 70 690

AWO Schleswig-Holstein gGmbH
Sibeliusweg 4, 24109 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer DE06ZZZ00000158456

Mandatsreferenz _____ Debitor

2	4	1	8			
---	---	---	---	--	--	--

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AWO Schleswig-Holstein gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AWO SH gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name des Kontoinhabers: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Name des Kreditinstituts: _____

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

Gültig ab: sofort, oder ab: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Kostenübernahme von Rücklastschriften

Ich verpflichte mich, Kontoänderungen spätestens eine Woche vor Fälligkeit der nächsten Lastschrift der AWO bekannt zu geben.

Ich verpflichte mich weiterhin für ausreichende Deckung des oben angegebenen Kontos zu sorgen. Sollte die Lastschrift durch mein Verschulden (u. a.: siehe oben) nicht eingelöst werden, verpflichte ich mich der AWO SH gGmbH die gesamten, von den Banken erhobenen Rücklastschriftgebühren zu ersetzen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Geschäftsführer
Michael Selck
Christof Tatka
Anna Ziethmann

AR Vorsitzender
Wolfgang Baasch

Sparkasse Westholstein
BIC: NOLADE21WHO
IBAN: DE51 2225 0020 0000 1079 99

Handelsregister
Amtsgericht HRB 6309 KI
Gerichtsstand Kiel

Steuernummer
20 296 70 690