



## Anmeldung zur Offenen Ganztagschule in Tönning

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon/ Handy

Hiermit melde ich mein Kind: \_\_\_\_\_,

Klasse: \_\_\_\_\_, **verbindlich** für das Schuljahr 2024/25 an:

### **Eider- Treene- Schule**

**ETS- Kursangebote:** von **13:20 bis 14:55 Uhr**, für das erste Kind 20,00 €; für das zweite Kind 12,00 €; für jedes weitere Kind 8,00 € monatlich

Ich wurde über die Bedingungen der Betreuung in Kenntnis gesetzt und erkläre mich einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte füllen Sie auch das SEPA Basislastschriftmandat auf der Rückseite aus! →**



Stadt Tönning

Die Bürgermeisterin

Finanzbuchhaltung, Welter Str. 1, 25836 Garding

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE77ZZZ00000013715	
<b>BITTE NICHT FAXEN ODER MAILEN!</b>		
Mandatsreferent:		/ wird noch bekannt gegeben
<b>Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Stadt Tönning,</b>		
<input type="checkbox"/> alle wiederkehrenden Zahlungen		
<input type="checkbox"/> folgende wiederkehrenden Zahlungen		
<input type="checkbox"/> Grundsteuer B	<input type="checkbox"/> Grundsteuer A	<input type="checkbox"/> Abfallbeseitigungsgebühr
<input type="checkbox"/> Fäkalgrundgebühr	<input type="checkbox"/> Abwasserabgabe	<input type="checkbox"/> Hundesteuer
<input type="checkbox"/> Gewerbesteuer	<input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer	<input type="checkbox"/> Fremdenverkehrsabgabe
<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Pacht	<input type="checkbox"/> Kindergartengebühr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x OGS
<b>von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.</b> Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Tönning auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen. Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich/Wir stimme/n einer Verkürzung der Vorabankündigung auf 3 Tage vor Fälligkeit (Belastungsdatum) zu. (wenn nicht bitte streichen)		
<b>Zahlungspflichtige/r (Kontoinhaber/in):</b>		
Finanzadresse (FAD)		
Name, Vorname / Firma		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Telefonnummer		
E-Mail		
IBAN		

Ort, Datum

Unterschrift/en