

Abonnement Schülerspeisung

Bitte in Druckschrift ausfüllen!!

Nachname: _____

Vorname: _____

Name, Vorname (Eltern): _____

Straße, Nr.: _____

Postleitzahl: _____ **Ort:** _____

Telefon (tagsüber): _____

Klasse: _____ **Geburtsdatum:** _____

Folgende Angaben benötigen wir für die Einzugsermächtigung:

Name der Bank: _____

BIC- Nummer: _____

IBAN-Nummer: _____

Kontoinhaber: _____

ABO-Beginn: _____

Datum **Unterschrift des Zahlungspflichtigen**

Garantie

Diese Vereinbarung kann innerhalb von 10 Tagen bei der "Gaststätte Angerschänke", OT Radefeld Am Unteren Anger1, 04435 Schkeuditz widerrufen werden. Dazu genügt eine kurze schriftliche Mitteilung mit der Kündigung. Meine Kenntnisnahme dieser Garantie, sowie der Zahlungsvereinbarung bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Datum **Unterschrift**