

**SEPA-Lastschriftmandat/SEPA Direct Debit Mandate****Essensgeld GS Eversburg**

Zahlungsempfänger: Stadt Osnabrück  
*Grundschule Eversburg*  
Postfach 4460  
49034 Osnabrück  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
*DE21GSE0000015693*

SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen/Recurrent payment

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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Angaben zum Zahlungspflichtigen/zur Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**

Name: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer für evtl. Rückfragen: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN (22-stellig): DE\_\_ - - - - -

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz:

Nachname/Vorname/Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
des Schülers/der Schülerin

Gebühren, die seitens des Kreditinstituts dadurch entstehen, dass die Lastschriften nicht einzulösen waren, weil das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, habe ich/wir zu tragen.

Ich bin/wir sind Leistungsempfänger und beziehe/n

Sozialhilfe  Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld  Wohngeld  Kinderzuschlag  Asylbewerber-Leistungen

und geben den „Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung“ mit einer Kopie des aktuellen Leistungsbescheids mit den Anmeldeunterlagen ab.

INFO: Nur die bewilligten Zeiträume für die Mittagsverpflegung sind beitragsfrei!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)