   
**Kinderhaus St. Regiswind/St. Martin**Rot-Kreuz-Weg 1A, 97447 GerolzhofenTel. 09382/ 318850 Fax 09382/3188520  
st-regiswind.gerolzhofen@kita-unterfranken

**Erteilung einer Bankeinzugsermächtigung**Gläubiger-Identifikationsnummer  **DE72ZZZ00000655169**  
SEPA Lastschriftmandat  
  
Wirkung ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Ich (wir) ermächtige(n) die Katholische Kirchenstiftung, Gerolzhofen, widerruflich   
die von mir (uns) zu entrichtenden Zahlungen einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Katholischen Kirchenstiftung  
auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum,   
 die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.  
 Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
  
  
Elternbeitrag zum 5. des Monats  
  
 Kosten für das Mittagessen zum 10. des Monats  
  
  
  
  
Vorname & Nachname des Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bankverbindung  
  
Kontoinhaber \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Ort, Datum  Kontoinhaber