



Tagesbetreuungseinrichtung

Sulz im Weinviertel

Obersulz 21, 2224 Sulz im Weinviertel,
Tel.: 02534 217, E-Mail: gemeinde@sulz-weinviertel.gv.at

ANMELDUNG für das Betriebsjahr 20__ / 20__

Kind

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht weiblich männlich

Staatsangehörigkeit _____

Wohnadresse _____

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Mein Kind hat einen erhöhten Betreuungsbedarf bzw. eine Behinderung? ja nein

Obsorgeberechtigte/r

Mutter Vater sonstige Obsorgeberechtigte/r

Familienname _____ akademischer Grad _____

Vorname _____ Geburtsdatum (TTMMJJ) _____

Staatsangehörigkeit _____ Geschlecht weiblich männlich

Wohnadresse _____

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Weitere/r Obsorgeberechtigte/r

Mutter Vater sonstige Obsorgeberechtigte/r

Familienname _____ akademischer Grad _____

Vorname _____ Geburtsdatum (TTMMJJ) _____

Staatsangehörigkeit _____ Geschlecht weiblich männlich

Wohnadresse _____

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Gewünschtes Eintrittsdatum (TT.MM.JJJJ)

Betreuungsart

Montag von _____ bis _____

Dienstag von _____ bis _____

Mittwoch von _____ bis _____

Donnerstag von _____ bis _____

Freitag von _____ bis _____

TARIFE	
Vormittag bis 13:00 Uhr - kostenlos	
Nachmittag ab 13:00 bis 17:00 Uhr (Stundenpakete):	
bis 5 Stunden/Woche	€ 40,00/Monat
bis 10 Stunden/Woche	€ 60,00/Monat
bis 15 Stunden/Woche	€ 75,00/Monat
mehr als 15 Stunden/Woche	€ 80,00/Monat

Ich bestätige die verbindliche Anmeldung für mein Kind in der Tagesbetreuungseinrichtung laut den Angaben im Formular.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA Lastschrift-Mandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Marktgemeinde Sulz im Weinviertel, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Sulz im Weinviertel auf mein/unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. 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. Diese Ermächtigung gilt erst ab der nächsten Lastschrift.

Mandatsreferenz:

Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (Name, Anschrift)

Bezeichnung der Kreditunternehmung

IBAN

BIC

sonstige Anliegen _____

Ort, Datum

Unterschrift der/s Kontoinhabers/in
