

Falls sich bei Ihnen oder Ihrem Kind persönliche Daten verändert haben, so tragen Sie diese Veränderungen bitte in untenstehende Tabelle ein.

Für das Kind: _____

Die untenstehende(n) aufgeführte(n) Änderung(en) wird/werden wirksam ab _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!	Bisher	Neu
Nachname des Kindes		
Nachname O Mutter O Vater		
Wohnanschrift O Mutter O Vater		
Telefonnummer privat O Mutter O Vater		
Arbeitgeber O Mutter O Vater		
Telefonnummer dienstlich O Mutter O Vater		
Sorgerecht (sorgeberechtigte Personen aufzählen)		
In einem Haushalt mit Kind alleinlebend / oder mit einem Partner lebend / Wechselmodell <i>Hinweis: <u>Betreuungsbeiträge können sich ändern!</u></i>	O alleine O mit Partner oder O Wechselmodell	O alleine O mit Partner O Wechselmodell
Veränderung Aufenthaltsstatus		

	Beginn/ Ende der	Einrichtung
Anmeldung eines Geschwisterkindes in einem KiGa/ Hort in der Stadt Riesa <i>Hinweis: <u>Betreuungsbeiträge können sich ändern!</u></i>		
Abmeldung eines Geschwisterkindes in einem KiGa/ Hort in der Stadt Riesa <i>Hinweis: <u>Betreuungsbeiträge können sich ändern!</u></i>		

Änderung abholberechtigte Personen:

alt (Name, Vorname)	neu (Name, Vorname)	Kontakt

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Unterschrift des Leiters

Unterschrift Buchhaltung

Sollten sich Kontaktdaten geändert haben, füllen Sie bitte die Rückseite aus. Danke!

25.11.2022
Datum der Anpassung

SMG KV
Anpassung erfolgt durch

Vorstand / SMG KV
Freigegeben

SEPA-Lastschriftmandat **SEPA Direct Debit Mandate****Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Riesa e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Dr.-Külz-Str. 37

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

01589 Riesa

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE33ZZZ00000261469

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

D

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.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**