

ANMELDUNG

Kindergartentransport

(Bitte am **Gemeindeamt** abgeben!)

Name des/der Erziehungsberechtigten _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Kind _____ geb. _____

Kindergartentransport **ab:**

- Montag Dienstag Mittwoch
 Donnerstag Freitag

Dieser Vertrag berechtigt zur Hin- und Rückfahrt und ist für das gesamte Kindergartenjahr **verbindlich**. Sollten die Anmeldungen die Kapazitäten des Transportmittels überschreiten, gilt die Reihenfolge der Anmeldungen.

Der monatliche Tarif für den Kindergartentransport beträgt € 50,00, jedes weitere Geschwisterkind bezahlt € 40,00. Die Abrechnung erfolgt mittels Abbucher alle zwei Monate im Nachhinein (laut Plan).

Die genauen Fahrzeiten werden Ihnen rechtzeitig vor Beginn des Kindergartenjahres bekanntgegeben.

Gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung informieren wir Sie, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten elektronisch verarbeitet werden. Verantwortlich ist die Marktgemeinde Paudorf, Kremserstraße 185, 3508 Paudorf. Der Zweck der Verarbeitung ist dem „Titel“ dieses Formulars zu entnehmen, darüber hinaus kann zur Vereinfachung von einzelnen Verfahren bzw. zur schnellen Kontaktaufnahme bei Notfällen mittels der von Ihnen bekannt gegebenen Daten Kontakt aufgenommen werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie diesem Zweck der Datenverarbeitung zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)



Marktgemeinde Paudorf

Verwaltungsbezirk Krems, Land NÖ

3508 Paudorf, Kremserstraße 185

T: 02736/6575, F: DW-25

gemeinde@paudorf.gv.at

www.paudorf.at

UID: ATU 16241608

Ein Einziehungsauftrag spart Zeit und Kosten

Die Marktgemeinde Paudorf hebt die _____**Kindergartentransportkosten**_____ mittels Bankeinzug ein.

Sie werden daher ersucht, den untenstehenden Auftrag auszufüllen und am Gemeindeamt abzugeben.

Pflichtangaben bei den gelben Markierungen, bitte ausfüllen!

EDV-Nr. – wird von der Marktgemeinde Paudorf vergeben

Einziehungsauftrag für Lastenschriften

Name und Anschrift des Auftraggebers:	EDV – Nr.:
Telefonnummer für Rückfragen angeben:	
Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (wenn nicht ident mit Auftraggeber):	
IBAN des Auftraggebers:	BIC:
Name der Bank:	
Verwendungszweck:	

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen, bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen wobei für diese insbesondere dann keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angaben von Gründen, die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Auftraggeber(s)