



Anmeldung zur Ferienbetreuung Winsen

Betreuungszeitraum Herbst 2026/2027

Abgabe bis zum 19.08.2026, verlängert bis 31.08.2026

Debitor.-Nr.:	
Kostenstelle:	

Vor- und Nachname des Schulkindes	
Schulstandort	
Geburtsdatum	
Klasse im Schuljahr 2026/2027	

Angaben zu Personensorgeberechtigten		
	1. Personensorgeberechtigte/r	2. Personensorgeberechtigte/r
Name, Vorname		
Verhältnis zum Kind	☐ Vater ☐ Mutter	☐ Vater ☐ Mutter
Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
E-Mail-Adresse		
Telefon		
Mobilnummer		

Anmeldung zur Ferienbetreuung, Beitrag pro Ferientag 13,80 € bis 13 Uhr / 26,30 € inklusive Mittagessen bis 16 Uhr					
☐	Herbstferien - Borsteler Grund -	12.10.2026 bis 16.10.2026 8-13 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr	€	Fälligkeit am 01.10.2026
☐	Herbstferien - Borsteler Grund -	12.10.2026 bis 16.10.2026 8-16 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr	€	
☐	Herbstferien - Hanseschule -	19.10.2026 bis 23.10.2026 8-13 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr	€	
☐	Herbstferien - Hanseschule -	19.10.2026 bis 23.10.2026 8-16 Uhr	☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr	€	
Gesamtbetrag					€

Ort, Datum

Unterschrift (en) Sorgeberechtigte/ r

SEPA-Basis-Lastschriftmandat:										Elternbeitrag / Essengeld									
Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen.																			
Name des Zahlungsempfängers																			
DRK-Kreisverband Harburg-Land e.V.																			
Anschrift des Zahlungsempfängers										Bankverbindung d. Zahlungsempfängers									
Straße und Hausnummer										Kontoführende Bank									
Benzstraße 18										SPK Harburg-Buxtehude									
Postleitzahl und Ort										IBAN									
21423 Winsen (Luhe)										DE38 2075 0000 0091 3365 45									
Gläubiger-Identifikationsnummer										BIC									
DE71ZZ00000004220										NOLADE21HAM									
Debitorennummer																			
-																			
(Name des Kindes)																			
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den hier oben angegebenen Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom hier oben angegebenen Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.																			
<u>Hinweis:</u> 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.																			
Zahlungsart ☒ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung																			
Vorname und Nachname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)																			
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)																			
Straße und Hausnummer																			
Postleitzahl und Ort																			
IBAN des Zahlungspflichtigen																			
D E																			
BIC																			
										<u>Hinweis:</u> Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt!									
Ort										Datum (TT / MM / JJ)									
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)																			