

# Anlage zur Mittagsversorgung

**Einrichtung:** Evangelische Grundschule Barth

Internationaler Bund (IB) e.V.  
IB Küchenbetrieb  
Robert-Koch-Straße 17  
18442 Groß Lüdershagen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Telefon 03831 28 34 34 34  
Telefax 03831 28 34 319  
kuechenbetrieb-stralsund@ib.de

\_\_\_\_\_  
Vorname Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Name Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse (für den Rechnungsversand)

## Vertragsinformation:

Im Falle eines Betriebsüberganges und/oder Geschäftsaufgabe haben sie durch das Eingehen des Vertragsverhältnisses mit dem Küchenbetrieb des Internationalen Bundes, die Möglichkeit, die Versorgung zu vorhandenen Konditionen über den regionalen Partnerbetrieb der Hansestadt Stralsund sicher zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

# SEPA Lastschriftmandat für Mittagsversorgung

**Einrichtung:**

Internationaler Bund (IB) e.V.  
IB Küchenbetrieb  
Robert-Koch-Straße 17  
18442 Groß Lüdershagen

Telefon 03831 28 34 34 34  
Telefax 03831 28 34 319  
kuechenbetrieb-stralsund@ib.de

Gläubiger-Identifikationsnummer DE94ZZZ00000066856

Kundennummer: \_\_\_\_\_ gültig ab (MM/JJ) \_\_\_\_\_

## SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Internationalen Bund e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Internationalen Bund e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC, acht oder elf Stellen)

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

## Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mittagsversorgung für:

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes