

Einzugsermächtigung

Ich erteile hiermit **Sven Larsen, Mensa ASS, Albert-Schweitzer-Schule 59, 23566 Lübeck**, die Ermächtigung, die monatlich anfallenden Verpflegungskosten für mein Kind, von meinem unten genannten Bankkonto einzuziehen.

-bitte in Druckbuchstaben-

Name des Kontoinhabers	Name des Kindes
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
IBAN	BIC

Die Abbuchung erfolgt spätestens am 3. Tag eines jeden Monats. Sollte dieser Tag auf ein Wochenende oder einen Feiertag fallen, wird die Abbuchung am nächstfolgenden Werktag vorgenommen.

Im Falle einer nicht eingelösten Lastschrift aufgrund unzureichender Deckung oder anderer Gründe, die in meinem Verantwortungsbereich liegen, bin ich verpflichtet, die hierfür anfallenden Rücklastschriftgebühren zu tragen. Diese Gebühren werden mir in voller Höhe in Rechnung gestellt und sind unmittelbar nach Erhalt der entsprechenden Mitteilung zu begleichen.

Diese Einzugsermächtigung gilt für die gesamte Dauer der Teilnahme meines Kindes am gemeinschaftlichen Mittagessen und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift(en)