

Anmeldung

NR.

Bitte nicht ausfüllen

Hiermit melde ich meine(n) Tochter/Sohn für die Sommerfreizeit 2020 der KJW Ockstadt vom 31. Juli 2020 bis 09. August 2020 an.

Teilnehmer

Name : _____ Vorname : _____

Straße : _____

PLZ : _____ Wohnort : _____

Geb.-Dat. : _____ Alter : _____ Jahre _____

Erziehungsberechtigter:

Name : _____ Vorname : _____

Telefon privat : _____ Telefon dienstlich : _____

E-Mail : _____ Mobil-Telefon : _____

- Mein(e) Sohn/Tochter
- kann schwimmen
 - kann **nicht** schwimmen
 - ist Vegetarier
 - ist gegen Wundstarrkrampf geimpft
 - ist gegen FSME (Zecken) geimpft
 - hat **keine** der oben genannten **Impfungen**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mein(e) Sohn/Tochter ist auf folgende Lebensmittel allergisch

Mein(e) Sohn/Tochter hat folgende körperliche Beschwerden: (z. B. Allergie, Reisebeschwerden, usw.)

Mein(e) Sohn/Tochter möchte zusammen in einem Zimmer

mit _____ sein.
(Name des betreffenden Teilnehmers eintragen)

Ich habe die Reisebedingungen der KJW-Ockstadt gelesen und erkenne Sie mit der Anmeldung an.

Die beiliegende Einverständniserklärung ist mit der Anmeldung abzugeben.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte wenden!

Sommerfreizeit 2019	Betrag	Fällig
Anzahlung	80,00 €	am 17. April 2020
Restzahlung	320,00 €	am 19. Juni 2020

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Kath. Pfarrgemeinde Kath. Jugend Ockstadt,	
Anschrift des Zahlungsempfängers:	
Pfarrgasse 25 61169 Friedberg	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZZ00001339823	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Zahlungsart	
<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer:	Deutschland
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen): DE	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

Bitte wenden!