



Mensaverein
 Gesamtschule Münster-Mitte e. V.
 Jüdefelderstraße 10, 48143 Münster
 Tel. 02 51 - 38 450 400
 Fax 02 51 - 38 450 449
 mensa@gemm.ms.de
 gesamtschule-muenster.de

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

die Schulkonferenz hat entschieden, dass das Mittagessen verpflichtender Bestandteil unserer Schule ist und dass zur Deckung der Kosten monatlich ein pauschaler Betrag per Lastschrift eingezogen wird.

Wichtig ist uns, dass Ihre Kinder ein gutes und leckeres Essen bekommen. Zu einer Mahlzeit gehört ein Angebot aus zwei Menüs mit Nachtisch, eines davon immer fleischlos. Außerdem können sich die Kinder immer an der Salatbar bedienen. Die Kinder essen in 6er Gruppen gemeinsam am Tisch. Der Tischdienst bereitet den Tisch vor und holt die Speisen in Schüsseln ab; Getränke werden gestellt.

Der Betrag ist ein durchschnittlicher Wert, der monatlich (an 11 Monaten des Schuljahres) von uns per Lastschrift eingezogen wird. Sollte Ihr Kind dienstags und freitags nach der 6. Stunde nach Hause gehen und nicht essen, reduziert sich der Betrag.

- 5 Mahlzeiten (Mo - Fr): **60,-€** im Monat
- 4 Mahlzeiten (außer Di / Fr): **50,-€** im Monat
- 3 Mahlzeiten (außer Di u. Fr): **40,-€** im Monat

Wir bitten Sie nun, die Einzugsermächtigung auszufüllen und schnellstmöglich im **Sekretariat** abzugeben.

Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Herzliche Grüße

W. Schlopker, st. SL, Mitglied im Vorstand



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:
 Mensaverein Gesamtschule Münster Mitte e.V.
 Jüdefelderstraße 10, 48143 Münster

 Name des Schülers

 Klasse

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00000960783

Mandatsreferenz: (wird mitgeteilt/siehe Kontoauszug)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name des Kontoinhabers _____

IBAN _____

SWIFT-BIC _____

Name des Geldinstituts _____

Bitte ankreuzen:

- 60,- € (5 Mahlzeiten)
- 50,- € (4 Mahlzeiten)
- 40,- € (3 Mahlzeiten)

Bei der Wahl 4 Mahlzeiten (50,- €) bitten wir um Kennzeichnung des kurzen Tages, an dem Ihr Kind essen möchte: Di oder Fr

Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen sind bei Lastschriften ausgeschlossen.

Münster, _____

 Unterschrift Kontoinhaber