



## Vertrag 2. Schulhalbjahr 2023/2024 über die Silentiumsbetreuung

Hiermit melde ich

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

meine(n) Tochter/ Sohn<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ für den Zeitraum vom **29.01.2024 bis 05.07.2024** für das Silentium der Viktoriaschule Aachen an und verpflichte mich, für die regelmäßige Teilnahme meines Kindes zu sorgen. Der **monatlich anfallende Betrag wird mittels Lastschriftverfahren eingezogen.**

Tag/Tage	Monatlicher Silentiumsbeitrag
1	21€
2	38€
3	53€
4	64€

Meine Tochter/ Sohn wird an .... Tag/Tagen das Silentium besuchen:

- einem Tag
- zwei Tagen
- drei Tagen
- vier Tagen

Wählen Sie bitte auch die Wochentage:

Mo	Di	Mi	Do
----	----	----	----

**BITTE RÜCKSEITE UND LASTSCHRIFTMANDAT BEACHTEN!**

---

<sup>1</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein/unser Kind nach schwerem oder wiederholtem Regelverstoß von der Betreuung ausgeschlossen werden kann, ohne dass Ansprüche auf Rückzahlung des Beitrages bestehen.
- eine Kündigung zum Ablauf des Vertrages am Ende des Halbjahres nicht erforderlich ist, bei einer Abmeldung oder Reduzierung der Betreuung **vor Beendigung des Vertrages** die monatlichen Beiträge jedoch **bis zum Vertragsende zu leisten sind**.
- die Zahlungen über einen Zeitraum von **Februar 2024 bis einschließlich Juli 2024 (6 Zahlungsmonate)** per Lastschriftverfahren eingezogen werden.

Ferner erkläre(n) ich/wir, dass<sup>2</sup>

- die/der Teilnehmer – nicht – an einer Krankheit (z.B. Allergien, Diabetes etc.) leidet, die im täglichen Umgang besonderer Rücksicht bedarf:  
\_\_\_\_\_
- die/der Teilnehmer – nicht – regelmäßig zur Zeit der Betreuung folgende Medikamente einnehmen muss:  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige(n) ich/wir die Kenntnisnahme des Vertragsinhaltes und die Anmeldung.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum,  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum,  
Unterschrift der Schulleitung

\_\_\_\_\_  
<sup>2</sup> Bitte ggf. entsprechende Angaben machen

**SEPA – Basislastschriftmandat – Wiederkehrende Zahlung**

Mandatsreferenznummer		WIRD SEPARAT MITGETEILT
Name des Vertragspartners		
Kontoinhaber/ Kontoinhaberin		
	Anschrift	StraÙe und Hausnummer des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin  Postleitzahl und Ort  Land
	IBAN	IBAN des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin
	BIC	SWIFT/BIC des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin
	E-Mail	Bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail-Adresse für weitere Informationen ein
	Betrag	Zahlbetrag
Zahlungsempfänger		Evangelische Kirche im Rheinland – Das Landeskirchenamt  DE21LKA00000020252  Hans-Böckler-StraÙe 7 40476 Düsseldorf
Zahlungsart		Wiederkehrende Zahlung

**Viktoriaschule Aachen**  
**Silentium**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Evangelische Kirche im Rheinland – Das Landeskirchenamt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Evangelischen Kirche im Rheinland auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

---

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin