

Einzelvertrag Schulverpflegung Kiel

Name des Verpflegungsteilnehmers: _____

Geburtsdatum: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Zeitpunkt Vertragsbeginn

Zwischen der Städtisches Krankenhaus Kiel Service-GmbH,
Chemnitzstraße 33, 24116 Kiel
und

Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters

Name: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon für eventuelle Rückfragen: _____

Zustellung der Rechnung an die eMail-Adresse: _____

Zustellung der Rechnung per Post (bitte ankreuzen):

Es wird eine zusätzliche Bearbeitungsgebühr von 1,-€ pro Rechnung erhoben!

Bankverbindung

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Der Firma Städtisches Krankenhaus Kiel Service-GmbH wird mit Abschluss dieses Vertrages eine Einzugsermächtigung für das angegebene Konto erteilt.

Die allgemeinen Vertragsbedingungen zur Schulverpflegung sind Bestandteil dieses Vertrages und werden zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen