

**PARISOZIAL gGmbH Bergisches Land**  
**Paffrather Straße 70**  
**51465 Bergisch Gladbach**



**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE423600000034618**

**Mandatsreferenz: Essensgeld .....**  
**(Name des Kindes – bitte hier eintragen)**

**SEPA-Lastschriftmandat - Familienzentrum Paffenberg**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die **PARISOZIAL gGmbH Bergisches Land** (Name des Zahlungsempfängers) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **PARISOZIAL gGmbH Bergisches Land** auf mein/unser 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.

**Das Essensgeld in Höhe von 56,75 Euro wird monatlich mit der o.a. Mandatsreferenz und der o.a. Gläubiger-Identifikationsnummer eingezogen, erstmals zum 2. September 2024 für August 2024.**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut des Zahlers (Name)

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

**Bitte beachten Sie: Bevor Sie eine Lastschrift zurückgeben, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns auf, damit es nicht zu unnötigen Bankgebühren kommt. Werden Ihnen für Ihr Kind Leistungen für Bildung und Teilhabe gem. § 28 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) bewilligt, so wird das Essensgeld rückwirkend von uns erstattet.**