



## 5. Allgemeine Informationen

Hausarzt/Kinderarzt			
Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes			
Muss Ihr Kind während der Betreuung Medikamente nehmen (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?			
Allfälliges, was Sie uns mitteilen möchten (zB Email-Adresse)			

## 6. Unterschrift der/des Antragsteller/in

Ich bestätige hiermit ausdrücklich die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten und Informationen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einteilung bzw. Vergabe der GTS-Plätze ausschließlich durch die Gemeinde Köttmannsdorf nach Maßgabe der freien Plätze erfolgt und ich verpflichte mich zur Zahlung des monatlichen Beitrages. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass eine Abmeldung nur zum Ende des ersten Semesters erfolgen kann und spätestens Anfang Jänner bei der Gemeinde Köttmannsdorf eingelangt sein muss.

Ort, Datum		Unterschrift Antragsteller/in	
------------	--	-------------------------------	--

## 7. Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die im vorliegenden Antrag erfassten persönlichen Daten, zweckmäßig für die Betreuung meines Kindes bei der Gemeinde Köttmannsdorf und der GTS elektronisch verarbeitet werden.

Ort, Datum		Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

## 8. Zahldaten

### a) Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtigen die Gemeinde Köttmannsdorf die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Köttmannsdorf auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Name)		Anschrift des Zahlungspflichtigen	
IBAN		BIC	
Kreditinstitut			

Zahlungsart (bitte ankreuzen)  wiederkehrend am 10. des Monats

Ort, Datum		Unterschrift des Kontozeichnungsberechtigten	
------------	--	--	--

### b) Zahlung mittels Zahlschein

Rechnungsempfänger (Name)		Anschrift des Rechnungsempfängers	
---------------------------	--	-----------------------------------	--

Fälligkeit der Rechnung:  wiederkehrend am 10. des Monats

Ort, Datum		Unterschrift des Rechnungsempfängers:	
------------	--	---------------------------------------	--