

Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_



An die

Stadt Altötting  
Katja Holmberg  
Kapellplatz 2 a  
84503 Altötting

Sachbearbeiter:

Frau Katja Holmberg  
Tel.: 0 86 71/50 62 14  
Fax.: 0 86 71/50 62 77  
E-mail: katja.holmberg@altoetting.de

### Freiwillige Schülerbeförderung durch die Stadt Altötting für die Schulkinder der Josef-Guggenmos-Grundschule

Süd  Nord im Schuljahr 2023/2024

Ich/Wir nehme/n das Angebot der freiwilligen Schülerbeförderung der Stadt Altötting für die Beförderung meines/unseres Kindes zur Grundschule Altötting, in Anspruch:

Name: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Haltestellen
<input type="checkbox"/> Konventstraße
<input type="checkbox"/> Holzhauserstraße
<input type="checkbox"/> Watzmannstraße
<input type="checkbox"/> Mühlendorfer Str. (auf Höhe Autohaus AVP)
<input type="checkbox"/> Mühlendorfer Str. (auf Höhe Büromöbel Office2)
<input type="checkbox"/> Chiemgaustraße
<input type="checkbox"/> Grundschule Nord
<input type="checkbox"/> Grundschule Süd

für das **gesamte** Schuljahr 2023/2024

**Kinder die innerhalb der 2 km Grenze wohnen, werden gegen einen Beitrag von 70,- € pro Schulhalbjahr befördert. Voraussetzung hierfür ist, dass ausreichend Plätze vorhanden sind.**

(Änderung der Kostenbeteiligung zum 2. Halbjahr möglich.)

Folgende(s) weitere(s) Kind(er) nimmt / nehmen die freiwillige Busbeförderung in Anspruch \_\_\_\_\_

Ich/Wir nehme/n das Angebot zur Beförderung meines/unseres Kindes **nicht** in Anspruch.

Altötting,.....

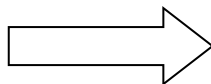
.....

(Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)

**HINWEIS: Geschwisterkinder in der Grundschule werden kostenlos befördert.**  
**Liebe Eltern! Bitte geben Sie Ihre Rückantwort so bald wie möglich in der Josef-Guggenmos-Schule, jedoch **bis spätestens 13.07.2023, ab.** Anmeldungen, die danach eingehen, können nur in Ausnahmefällen berücksichtigt werden.**

Vielen Dank!

Ihre Stadt Altötting



**Bitte wenden!**

**Bei Anspruch auf Schulbusbeförderung hier nichts ausfüllen!**

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Stadt Altötting, Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Altötting auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

**Kontoverbindung:**

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

BIC:       \_\_\_\_\_

Bank:      \_\_\_\_\_

---

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

>Bei abweichendem Kontoinhaber<

---

Name Vorname

Anschrift

**Das SEPA-Mandat muss der Stadtkasse Altötting im Original vorgelegt / zugesendet werden. Mitteilung anderer Art (Fax, Mail usw.) ist aufgrund gesetzlicher Änderungen nicht mehr zulässig.**

---

eingetragen  
am

von  
Sachbearbeiter:

Mandats-  
referenz:

**FAD**