

Antrag für eine Ermäßigung der monatlichen Gebühren für Betreuung/Beschulung der BEST-Sabel-Einrichtungen an Grund- oder Oberschule für Geschwister

1. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		
Vertrags-Nr.:		Klasse:
Besuch der Einrichtung von:		geplant bis:
Gebühr mtl. (kein Rabatt):		

2. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		
Vertrags-Nr.:		Klasse:
Besuch der Einrichtung von:		geplant bis:
Gebühr mtl. regulär:		

3. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		
Vertrags-Nr.:		Klasse:
Besuch der Einrichtung von:		geplant bis:
Gebühr mtl. regulär:		

4. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		
Vertrags-Nr.:		Klasse:
Besuch der Einrichtung von:		geplant bis:
Gebühr mtl. regulär:		

Antragsteller/Sorgeberechtigte/r	Eingang BEST-Sabel:
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Datum, Unterschrift Antragsteller/Sorgeberechtigte	Datum/Einrichtungsstempel/Kürzel

Es ergeben sich folgende Ermäßigungen (wird von der BSB-Einrichtung ausgefüllt, bei der der Antrag eingeht und an betreffende Einrichtungen weitergeleitet):					
Kinder	Rabatt in %	Rabatt in €	Rate ermäßigt in €	Beginn Monat/Jahr	voraussichtliches Ende Monat/Jahr
2. Kind	25%				
3. Kind	40%				
4. Kind	50%				
Datum				Unterschrift Bearbeiter	