

**Erklärung zur
freiwilligen Überzahlung**



Name, Vorname Erziehungsberechtigter 1	Name, Vorname Erziehungsberechtigter 2
Anschrift	E-Mail Adresse

Für mein/ unser Kind _____ (Vorname, Name) möchte/n ich/ wir zur Unterstützung des Schulsolidarfonds eine freiwillige Überzahlung in Höhe von _____ EUR pro Monat beginnend ab _____ (Monat/ Jahr) leisten und zwar auf unbestimmte Zeit/ bis auf Widerruf bis einschl. _____ (Monat/ Jahr)

Für mein/ unser Kind _____ (Vorname, Name) möchte/n ich/ wir zur Unterstützung des Schulsolidarfonds eine freiwillige Überzahlung in Höhe von _____ EUR pro Monat beginnend ab _____ (Monat/ Jahr) leisten und zwar auf unbestimmte Zeit/ bis auf Widerruf bis einschl. _____ (Monat/ Jahr)

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte richten Sie Ihre Erklärung an
Schloss Gaienhofen
Evangelische Schule am Bodensee
Herrn Dieter Toder – persönlich-
Schulleiter
Schlossstr. 8
78343 Gaienhofen

Am Ende des Schuljahres erhalten Sie in Höhe der Summe der freiwilligen Überzahlung unaufgefordert eine Spendenbescheinigung der Schule.

<i>Bearbeitungsvermerke Verwaltung</i>
--