

Abs.:

Kassenzeichen

Bei Zahlungen und Schreiben bitte stets angeben

Marktgemeinde Burghaun
Kitaverwaltung
Schloßstr. 15
36151 Burghaun

Datum: _____

Stundungsantrag für die Betreuungskostenbeiträge von _____

Name des Kindes

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir bitten um die Stundung der fälligen Betreuungskostenbeiträge

in Höhe von: _____ EUR

Ich/wir biete/n folgende Teilbeträge zur Begleichung der Stundungssumme an:

Rate	Höhe der Teilzahlung	Wird gezahlt am
1.	EUR	
2.	EUR	
3.	EUR	

Mir/Uns ist bekannt, dass beim Ausbleiben einer vereinbarten Rate, der Restbetrag sofort in vollem Umfang fällig wird.

Bitte bestätigen Sie mir/uns die Stundungsvereinbarung schriftlich.

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter

Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter
