

Antrag auf Ermäßigung von Schulgeld für Geschwister an BEST-Sabel Schulen

1. Kind (Beginnen Sie beim Ausfüllen des Antrags bitte mit dem ältesten Kind und enden mit dem jüngsten. Vielen Dank)

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

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:		

ab dem 4. Kind

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

Antragsteller/in	Eingang BEST-Sabel:
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Datum, Unterschrift Antragsteller/in	Datum/Einrichtungstempel/Name Empfänger

Es ergeben sich folgende Ermäßigungen für Geschwister bei monatlicher Zahlweise: (Füllt BEST-Sabel aus!)						
Namen der Geschwister	Schulgeld mtl. regulär	Rabatt in %	Rabatt in €	Schulgeld mtl. reduziert	Beginn Monat/Jahr	Ende voraussichtlich Monat/Jahr
1. ältestes Kind:		0 %				
2. nächst jüngeres Kind:		25 %				
3. nächst jüngeres Kind:		50 %				
4. jüngstes Kind:		75 %				
Datum	Unterschrift Bearbeiter/in			Zurück an Antragsteller am:		

Eine Ermäßigung erfolgt ausschließlich auf das reine Schulgeld und nur für den Zeitraum, in dem Geschwister gleichzeitig BEST-Sabel Schulen besuchen. Kosten für Versorgung, Betreuung o. Ä. werden nicht ermäßigt. Bitte beachten Sie, dass diese Kosten hier nicht berücksichtigt sind und zusätzlich zur vorstehend aufgeführten reduzierten Schulgeldrate zu zahlen sind.