

**Schulgeldermäßigung für Geschwister an BEST-Sabel Schulen****1. Kind** (Beginnen Sie beim Ausfüllen des Formulars bitte mit dem ältesten Kind und enden mit dem jüngsten. Vielen Dank)

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		Klasse:
Vertrags-Nr.:		geb.:
Besuch der Einrichtung vom:		geplant bis:

2. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		Klasse:
Vertrags-Nr.:		geb.:
Besuch der Einrichtung vom:		geplant bis:

3. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		Klasse:
Vertrags-Nr.:		geb.:
Besuch der Einrichtung vom:		geplant bis:

4. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		Klasse:
Vertrags-Nr.:		geb.:
Besuch der Einrichtung vom:		geplant bis:

5. Kind

Name, Vorname:		
BEST-Sabel-Einrichtung:		Klasse:
Vertrags-Nr.:		geb.:
Besuch der Einrichtung vom:		geplant bis:

Ermäßigt wird ausschließlich 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, sie entstehen zusätzlich zur reduzierten Schulgeldrate. Wechseln Geschwisterkinder an Schulformen mit abweichenden Schulgebühren wird der Geschwisterrabatt neu berechnet. Die Rabattierung ist an eine regelmäßige und pünktliche Zahlung aller vereinbarten Schulgebühren gebunden. Ist dies nicht der Fall, behält sich der Träger vor die Rabattierung ab dem Zeitpunkt der ausstehenden Forderung aufzuheben.

Ausfüllende/r Name, Vorname:	Datum / Einrichtung / Empfänger:
Anschrift:	
Datum, Unterschrift	

Es ergeben sich folgende Ermäßigungen für Geschwister bei monatlicher Zahlweise: (Füllt BEST-Sabel aus!)

Bei Inanspruchnahme eines einkommensabhängigen Schulgeldes, wird ab dem 2. Kind ein einheitlich ermäßigter Geschwisterrabatt in Höhe von 10 % auf reines Schulgeld gewährt.

Geschwister	Schulgeld mtl. regulär	Rabatt in %	Rabatt in €	Schulgeld mtl. reduziert	ggf. zzgl. Versorgung	Zahlbetrag gesamt	Beginn Monat/Jahr	Ende voraus. Monat/Jahr
1. erstgeborenes Kind:		0 %						
2. zweitgeborenes Kind:		25 %						
3. drittgeborenes Kind:		50 %						
4. viertgeborenes Kind:		75 %						
5. Kind und weitere:		100 %						
Datum	Unterschrift Bearbeiter/in						Zurück an Ausfüllende/n am:	