

Antrag für 'Essen auf Rädern' neu

Kunde / Kundin:	
------------------------	--

Wir freuen uns, dass Sie sich für uns entschieden haben. Nach Saison wählen wir alle Zutaten und Produkte sorgfältig aus. Unsere Köche bereiten für Sie täglich gesunde und abwechslungsreiche Mahlzeiten zu.

Wir bringen Ihnen Ihr Essen zwischen 10:30 – 12:30 Uhr.

So erreichen Sie uns:

- Bürozeiten Montag bis Freitag: **7:30-11:30 Uhr** (anschließend läuft der Anrufbeantworter)
- Adresse Essen auf Rädern
Hugo-Wolf-Str. 20
85057 Ingolstadt
- Telefon **0841 / 49018 -825**
- Fax 0841 / 49018 -731
- Email essenaufraedern@caritas-ingolstadt.de
- Internet www.essen-auf-raedern-ingolstadt.de

Ich bestelle ab:	
-------------------------	--

			seit 01.01.2020
<input type="checkbox"/>	Menü	5,30 €	zzgl. 7% MwSt
<input type="checkbox"/>	Suppe	1,20 €	zzgl. 7% MwSt
<input type="checkbox"/>	Dessert	1,05 €	zzgl. 7% MwSt
<input type="checkbox"/>	Bringdienst	3,10 €	zzgl. 7% MwSt

Das ist wichtig:

- Änderungen Abbestellungen sind nur bis 11:30 Uhr des Vortages möglich, für das Wochenende bis Freitag 9:00 Uhr
- Unverträglichkeit Unsere Mitarbeitenden in der Küche kennen sich zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten aus und stehen Ihnen beratend zur Seite.
- Diabetiker Menüs, die für Diabetiker ungeeignet sind, sind im Speiseplan gekennzeichnet. Die Verantwortung liegt bei Ihnen.
- Unterstützung Wenn Sie eingeschränkt sind – nicht gut zu Fuß oder schlecht sehen – sprechen Sie uns an. Wir haben Lösungen für Sie.

Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Straße	
PLZ Wohnort	
Telefon	
Email	

Weitere Informationen, die Sie uns geben möchten

--

x_____
Datum_____
Unterschrift

Kunde / Kundin:	
------------------------	--

Weitere Kontaktdaten

Falls Ihnen etwas zustößt, nehmen wir im Notfall Kontakt mit Angehörigen oder ihrem Hausarzt auf. Diese Angaben sind freiwillig und helfen Ihnen im Notfall!

Name Angehörige	
Telefon	
Email	
Straße	
PLZ, Wohnort	

Name Angehörige	
Telefon	
Email	
Straße	
PLZ, Wohnort	

Name Hausarzt	
Telefon	
Email	
Straße	
PLZ, Wohnort	

Werden Sie pflegerisch betreut?

Ja Nein

Name dieser Einrichtung	
-------------------------	--

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Kunde / Kundin:	
------------------------	--

Zahlungsempfänger Caritasverband für die Diözese Eichstätt e. V.

Einrichtung Caritas-Wohnheime und Werkstätten
Essen auf Rädern
Hugo-Wolf-Str. 20
85057 Ingolstadt

Caritas-Ident.Nr. DE76 ZZZ0 0000 0124 72

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (siehe oben) von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Die Abrechnung erfolgt monatlich. Der fällige Betrag wird innerhalb der ersten 3 Werktage des Folgemonats eingezogen.

- Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Name Zahlungspflichtiger	
Adresse Zahlungspflichtiger	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

x

_____ Datum

_____ Unterschrift