

Anmeldung

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefonnummer _____ Geburtsdatum _____

Lieferung

sobald als möglich

nach individueller Absprache

ab dem _____

Liefer- und Zahlungsbedingungen

1. An den Zustelltagen müssen Sie oder eine von Ihnen beauftragte Person zu Hause erreichbar sein. Sollten Sie nicht selbständig die Tür öffnen können, besteht die Möglichkeit, Ihre Wohnungsschlüssel bei uns zu hinterlegen.
2. Kann das Essen nicht zugestellt werden, wird es Ihnen dennoch in Rechnung gestellt.
3. Änderungen sowie Abbestellungen der Essenslieferung müssen spätestens einen Werktag vor Lieferung Mo – Fr von 08:30 bis 12:00 Uhr gemeldet werden.
4. Verspätet abgegebene Bestellscheine können nicht berücksichtigt werden.
5. Das Entgelt für die Essenslieferung kann überwiesen oder von Ihrem Konto abgebucht werden. Sollte Ihr Konto keine Deckung aufweisen und die Rechnung nach erneuter Zahlungsaufforderung nicht beglichen werden, müssen wir die Essenzustellung leider einstellen.
6. Für das Drucken / Veröffentlichen von den Speiseplänen fällt im Monat eine Pauschale i.H.v. € 3,00 an.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Liefer- und Zahlungsbedingungen an.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte geben Sie die Anschrift und Telefonnummer von Angehörigen oder Bekannten an, die bei Rückfragen und in Notfällen kontaktiert werden können.

Name _____ Vorname _____
Straße _____ Wohnort _____
Telefonnummer _____ Bezug _____
(z.B. Sohn, Tochter, Nachbar, etc.)

Name _____ Vorname _____
Straße _____ Wohnort _____
Telefonnummer _____ Bezug _____
(z.B. Sohn, Tochter, Nachbar, etc.)

Ich wünsche, dass die Beratungsstelle für ältere Menschen / Fachstelle für pflegende Angehörige zu mir Kontakt aufnimmt und mich kostenlos zu weiteren Hilfs – und Unterstützungsmöglichkeiten berät.

Gemeinnützige PARITÄTISCHE Altenhilfe GmbH Pullach
Essen auf Rädern
Wiesenweg 5
82049 Pullach

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE 33 ZZZ 00000 175818

Mandatsreferenz: 055 –

(Wird Ihnen auf der ersten Rechnung mitgeteilt)

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Paritätischen Bayern, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Essen auf Rädern des Paritätischen Bayern auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber / Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum, Unterschrift/en der/des Zahler/s