

## 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 8:30 bis 12:00 Uhr gemeldet werden.
4. Verspätet abgegebene Bestellscheine können nicht berücksichtigt werden.
5. Das Entgelt für die Essenslieferung wird jeweils im Folgemonat vom Konto des Rechnungsträgers abgebucht. Sollte Ihr Konto keine Deckung aufweisen und die Rechnung nach erneuter Zahlungsaufforderung nicht beglichen werden, müssen wir die Essenzustellung leider einstellen.

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

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitten 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 Unterschleißheim  
Essen auf Rädern  
Monikaweg 3  
85716 Unterschleißheim**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000176895**

**Mandatsreferenz: 040-**

---

(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: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

---

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