

**FAHRBARER MAHLZEITENDIENST**

**Hiermit bestelle ich bei der Städt. Krankenhaus Nettetal GmbH**

( ) Portion/en täglich Normalkost; ( ) Portion/en täglich Schonkost; ( ) Portion/en täglich Diätkost (Diät bitte angeben) \_\_\_\_\_

Lieferung an ( ) allen Tagen (Montag bis Sonntag)

( ) an folgenden Tagen: Mo - Di - Mi - Do - Fr - Sa - So

Essensteilnehmer(in)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ortsteil: 41334 Nettetal- \_\_\_\_\_

>>> Nur ausfüllen, wenn Besteller nicht Essensteilnehmer <<<

Besteller(in)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Tochter, Sohn, Betreuer, etc.? \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

( ) Essen unbefristet; ( ) ab nächstmöglichem Zeitpunkt; ( ) ab \_\_\_\_\_

( ) Essen befristet vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten für den fahrbaren Mahlzeitendienst von meinem/unseren nachfolgenden Konto abgebucht werden:**

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Es gelten die jeweils gültigen Vertragsbedingungen. Auf der Rückseite sind die zur Zeit gültigen Vertragsbedingungen abgedruckt.

41334 Nettetal, \_\_\_\_\_

(Datum und Unterschrift)