



Arbeiter-Samariter-Bund

Aufnahme Neuteilnehmer „Essen auf Rädern“

An-, Abmeldungen und Änderungen bitte **vormittags**, telefonisch von Montag bis Donnerstag.

☎ 06241-97879-0

Anrede/Name : _____

Vorname : _____

Geb.-Datum : _____

Straße/PLZ/Ort/Ortsteil : _____

Telefon : _____

:

Adresse Angehörigen :

Telefon von Angehörigen :

Debitoren-Nr. :

Ab wann / bis :

Aufnahmedatum :

Tour / Position :

Zahlungsart : _____

Besondere Beachtung : _____

Tage in der Woche :

Vollkost : Stück warm

Leichte Kost (Diät) : Stück warm

Pürierte Kost (Diät) : Stück warm

Tiefkühlkost : Stück Vollkost Stück Leichte Kost (Diät) Stück Pürierte Kost (Diät)

Notizen:

Wählen Sie

>>à la carte<<

Bestellung



Bestellung an:
Arbeiter-Samariter-Bund

Dr.-Illert-Straße 51 – 67549 Worms-
Leiselheim

Essen auf Rädern

☎ 06241-97879-16

Fax 06241-97879-99

essen@asb-worms.de

Hiermit bestelle ich zur
Lieferung

Ihre Bestellung bitte immer montags eine
Woche vorher telefonisch, per Fax oder E-
Mail mitteilen.

am:

als warme Mahlzeit

als Tiefkühlpaket

Wochentag, Datum	Bestell-Nummer
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	
Sortiment-Karton	
Suppenkarton	

Meine Kundendaten

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Datum, Unterschrift	



Arbeiter-Samariter-Bund

Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.

Kreisverband Worms-Alzey

Dr. Illert-Straße 51

67501 Worms

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE49ZZZ00000292512

Mandatsreferenznummer (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. Kreisverband Worms-Alzey Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. Kreisverband Worms-Alzey auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Gültig für :

Bereich **Ambulante Pflege** **Essen auf Rädern** **Hausnotruf** **Tagespflege**

Gültig ab:

Debitoren-Nr. (nicht ausfüllen)*:

Name:

Vorname:

Adresse:

Ort:

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Ort/Datum:

Unterschrift: **X**

*Nur für interne Vermerke