

Bitte legen Sie eine Kopie dieses Antrages zu Ihren Unterlagen

Anmeldung zur Essenversorgung (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name /Vorname:..... geb. am:.....

Wohnanschrift:.....

Pflegegrad:..... Grad der Hinderung:.....gewünschter Versorgungsbeginn:.....

Betreuer/ Bevollmächtigter /gesetzl. Vertreter.....

Telefon:

Anschrift:.....

Und dem Unternehmen:

Stiftung „St. Georg-Hospital“, Hallesche Straße 44, 04509 Delitzsch

Tel.: 034202/833100 Fax: 034202/833199

1. Auf Grundlage der mit der o. g. Einrichtung bzw. deren Rechtsträger geschlossenen Anmeldung zur Essenslieferung beauftrage ich o. g. Unternehmen mit der Mittagsversorgung. Dem derzeitigen Essenspreis innerhalb von Delitzsch in Höhe von 5,00 € und außerhalb von Delitzsch 5,50 € stimme ich zu.

2. Die Abmeldungen des Essens wegen Urlaub, Krankheit etc. erfolgen telefonisch in der **Zeit von 6.30 Uhr bis 08:00 unter folgender Nummer: 034202/833156.**

3. Die Rechnungsbegleichung erfolgt rückwirkend durch Lastschrifteinzug frühestens zum 15. des Folgemonats, Ich ermächtige die „Stiftung St. Georg Hospital“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Stiftung St. Georg Hospital“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Kreditinstitut:.....

IBAN.....BIC:.....

Name/ Vorname

Kontoinhaber:.....

Vollständige Anschrift Kontoinhaber:.....

