

ANMELDUNG MAHLZEITENDIENST

Empfängerin/Empfänger der Mahlzeiten:	
Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	
PLZ / Ort: _____	
Tel: _____	Mobile : _____
E-Mail: _____	Geburtsdatum: _____

Bestellerin/Besteller der Mahlzeiten (wenn nicht identisch mit Empfänger):	
Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	
PLZ / Ort: _____	
Tel: _____	Handy: _____
E-Mail: _____	

Bezugsperson der MZ Empfänger/in (1. Ansprechperson)	
Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	
PLZ / Ort: _____	
Tel: _____	Handy: _____
E-Mail: _____	

Lieferung der Mahlzeiten gewünscht ab (Datum): _____

Falls Lieferung nur für einen bestimmten Zeitraum gewünscht wird ->

von: _____ bis: _____

Wochentage, an denen die Mahlzeiten geliefert werden sollen:

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> Freitag |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> Samstag |

Bemerkungen / spezielle Lieferbedingungen: _____

Portionen und Preise:

1 ganze Portion zu CHF 18.– (exkl. Lieferung CHF 4.–)

kleine Portion zu CHF 16.– (exkl. Lieferung CHF 4.–)

Konditionen: Werden pro Monat weniger als 6 Mahlzeiten bezogen, erfolgt ein Kleinmengenzuschlag von CHF 5.– / Monat.

gewünschte Kostform:

Normal: Zöliakie: Anderes _____

Diabetes: Leichte Vollkost: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte nicht ausfüllen

aufgenommen durch:

Datum:

Visum:

Sie können das Formular ausdrucken und handschriftlich ausfüllen oder mit dem Acrobat Reader am Computer ausfüllen und mit dem «Formular senden» Button direkt per E-Mail senden.