



## 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: \_\_\_\_\_ T [ àâ^: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bezugsperson der MZ Empfänger/in (1. Ansprechperson)

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

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Tel: \_\_\_\_\_ T [ àâ^: \_\_\_\_\_

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 18.00 (exkl. Lieferung CHF 4.00)
- kleine Portion** zu CHF 16.00 (exkl. Lieferung CHF 4.00)

gewünschte Kostform:

- Normal:
- 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.