

Anmeldung zu „Essen auf Rädern“

Altenwohnhaus St. Josef Legden GmbH
Trippelvoetsweg 4
48739 Legden

Meine Daten

Vorname*: _____

Nachname*: _____

Straße*: _____

Postleitzahl / Ort*: _____

Telefon*: _____

Geburtsdatum*: _____

*Pflichtfelder

Ansprechpartner: _____

Funktion (z. B. Sohn): _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Rechnungsempfänger: Kunde Ansprechpartner

Essen: _____

Tage: Montag Freitag Feiertage

(mindestens fünf Dienstag Samstag

Bestellungen pro Woche Mittwoch Sonntag

Donnerstag unregelmäßig

Ab wann? _____

Anlieferung: _____

Schlüssel: _____

Abrechnung: SEPA-Lastschrift Überweisung

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE13ZZZ00001820910

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige die Altenwohnhaus St. Josef Legden GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Altenwohnhaus St. Josef Legden GmbH 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.

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Kontoinhaber: _____

Datum, Ort

Unterschrift