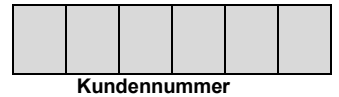


Ihre Kundendaten



MM/FM

MA

118

Kundennummer

Paritätischer Südniedersachsen – Menüservice

Kunde

_____	_____
(Name)	(Vorname)
♣ (Geburtsdatum) ♣ _____	_____ (Telefon)
	_____ (Notfalltelefon/Handy)
_____ (Straße / Haus-Nr.)	_____ (PLZ / Wohnort / Ortsteil)

Angehörige etc.

_____	_____
(Name/ Vorname)	(Telefon/Handy)
_____	_____
PLZ/Ort/Straße/Haus-Nr.)	(Mail/Sonstiges)
Ich bin: <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/ - sohn <input type="checkbox"/> _____	

Fragen zu Ihrer Belieferung:

- Bitte beginnen Sie mit der Belieferung am _____
- Ja, ich möchte auch am **Wochenende** mit warmen Menüs beliefert werden! *)
- Ja, ich mache es mir leicht und entscheide mich für das **kostenlose** und komfortable **SEPA-Lastschriftverfahren** und lasse meine monatlichen Rechnungsbeträge bequem von meinem Girokonto abbuchen: Bitte füllen Sie hierzu unbedingt das SEPA-Lastschriftmandat (Kundenstammblatt II - grün -) aus und vergessen bitte Ihre Unterschrift nicht!
- Ich verzichte auf den komfortablen SEPA-Einzug und möchte meine Menüs monatlich per Überweisung bezahlen **)
- Ja, ich möchte den kostenlosen Schlüsselservice für meine Belieferung in Anspruch nehmen.
- Bitte liefern Sie mir die hochwertige **Styropor-Warmhaltebox**. (Preis gem. aktueller Preisliste)
- Bitte liefern Sie mir das bequeme **Aufheizgerät** Servtherm plus. (Preis gem. aktueller Preisliste)
- Ja, ich bestelle die „intelligente“ **Mikrowelle** MicroFix (Preis und Lieferung auf Anfrage)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Kundenempfehlung Internet Zeitungsanzeige Gelbe Seiten Telefonbuch
 Krankenhaus Pflegedienst Hausarzt Fahrzeugwerbung Hauswurfsendung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung dieser Frage genommen haben!

Bitte informieren Sie mich bitte auch über folgende Dienstleistungen des Paritätischen:

- Ambulante Pflege Haushaltshilfe Familienpflege Ergotherapie Logopädie

♣ Wenn Sie unter 75 Jahre alt sind, nachfolgende Fragen bitte unbedingt beantworten!!***)

- Ich habe Pflegegrad 1 2 3 4 5
- Ich bin auf Hilfe angewiesen zeitweise dauerhaft
- Ich habe einen Betreuer / eine Betreuerin _____ (bitte Ausweis vorlegen!)
- Ich werde vom Pflegedienst (Name) _____ betreut.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

*) Bitte haben Sie Verständnis, dass wir diesen Extra-Service nur im Raum Göttingen - Northeim anbieten können.

**) Durch einen erheblich höheren Verwaltungs- und Personalaufwand erheben wir einen Aufschlag von 20 Cent pro Menü.

***) §53 Abgabenordnung (Steuerpflicht) – Personen über 75 Jahre sind grundsätzlich steuerfrei



W W . P A R I T Ä T I S C H E R . D E