



Ihre Kundendaten 2025

6	2	5			
---	---	---	--	--	--

MA*in

Kundennummer/ID

Paritätischer Südniedersachsen – Menüservice

A: Kundin/Kunde

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

B: Angehörige(r)/Vertrauensperson

_____	_____
(Name/ Vorname/Institution)	(Telefon/Mobil)
_____	_____
PLZ/Ort/Straße/Haus-Nr.)	(E-Mail)
Ich bin: <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Angehörige(r) <input type="checkbox"/> Freund(in) <input type="checkbox"/> Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Nachbar(in) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)	
<input type="checkbox"/> _____	
!! Auch wenn Sie keine Angehörigen haben, benennen Sie bitte für Notfälle <u>zwingend</u> eine Person Ihres Vertrauens, das können Freunde, Bekannte oder auch Nachbarn sein !!	

w w . p a r i t ä t i s c h e r . d e

Die **monatliche** Bezahlung Ihrer Menüs erfolgt über das **kostenlose** und komfortable **SEPA-Lastschriftverfahren**, bei dem die **Rechnungsbeträge** bequem von Ihrem Girokonto abgebucht werden. Bitte füllen Sie hierzu **unbedingt** das **SEPA-Lastschriftmandat (Kunden-Stammbblatt II - grün -)** aus und vergessen bitte Ihre **Unterschrift nicht!** Das uns erteilte SEPA-Mandat **endet automatisch** mit dem Ende der Belieferung.

Details zur Belieferung:

- Bitte beginnen Sie mit der Belieferung am _____ 2025.
- 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 ein **Thermengerät** zum Erwärmen meiner gekühlten Menüs. (Preis auf Anfrage)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Kundenempfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Fahrzeugwerbung <input type="checkbox"/> Hauswurfsendung <input type="checkbox"/> Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung dieser Frage genommen haben!

!! Bitte beachten Sie unser Info-Blatt „Informationen zum Datenschutz“ als Bestandteil dieser Unterlagen !!

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihr Vertrauen!

Ort, Datum

Unterschrift

*) Wir übernehmen Ihren Haus- u. Wohnungsschlüssel gegen Quittung. Während dieser Zeit sind die Schlüssel gegen Verlust versichert.

