

Mahlzeitendienst Anmeldeformular



1. Besteller / Kontaktadresse:

Name und Vorname: _____

Strasse, PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Mail: _____

2. Mahlzeitenempfänger:

Name und Vorname: _____

Lieferadresse: _____

Etage: _____

Telefon: _____

Rechnungsadresse: 1. 2. Andere: _____

Ich wünsche gerne an folgenden Tagen die Mahlzeit:

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

Bemerkung: (Allergien / ½ Port. / ohne Salat etc.)

Gewünschte Erstausslieferung frühestens nach 2 Tagen möglich.

Lieferbeginn:

Bezüger ist mit der Lieferung einverstanden und ist informiert.

Datum:

Unterschrift: