



**Arbeiterwohlfahrt
Ebern e.V.**

Graf-Stauffenberg-Str. 4
96106 Ebern

Tel.: 09531- 944 278 7
Fax: 09531- 944 278 8
www.awo-eburn.de

hanne.koerner@awo-eburn.de

Antrag für „Essen auf Rädern“

Ich bestelle „Essen auf Rädern“ ab/ von _____ bis _____

Liefervariante:

Montag bis Freitag nach Bedarf wählbar

Warmes Essen wird täglich, von Montag bis Freitag zubereitet und geliefert.

Jedes Menü kostet **6,50 € inklusive Lieferkosten.**

Einzelbestellungen kann ich täglich in der Zeit von 08:00 Uhr bis spätestens 10:00 Uhr telefonisch nachmelden oder abmelden. **Telefon 09531-9442789**

Bei verspäteter Abmeldung muss das Essen bezahlt werden.

Das Essen wird zwischen 11:30 Uhr und 13:00 Uhr gebracht. Wir können keine Garantie für Pünktlichkeit übernehmen.

Bei selbstverschuldetem Geschirrbruch wird der Geschirrsersatz von uns in Rechnung gestellt. Diesen Schaden können Sie zur Kostenübernahme Ihrer Haftpflichtversicherung melden.

Informationen für Diabetiker

Die Gerichte in unserem Speiseplan sind keine „Diabetikerkost“! Sollten Sie Diabetiker sein, müssen Sie ihre anderen Mahlzeiten entsprechend einteilen.

Jeder Kunde ist für den Verlauf seines Blutzuckerspiegels selbst verantwortlich.

Name: Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Anschrift: _____

Besonderheiten: _____

Anschrift und Tel. Nr. der nächsten Angehörigen:

Vorsitzende
Simone Bastian

Geschäftsleiter
Toni Michels

Vereinsregister
Bamberg VR 200145

Steuernummer
249/108/00376

Sparkasse Ostunterfranken
IBAN: DE 72793517300000601864
BIC: BYLADEM1HAS

Seite 2 für Antrag von Name: _____ Vorname: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: **Arbeiterwohlfahrt Ebern e.V.**
Einrichtung: AWO-GeKo
Graf-Stauffenberg-Str. 4, 96106 Ebern
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000548311
Mandatsreferenz: _____
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem /unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Abrechnung erfolgt monatlich. Der fällige Betrag wird am 20. des Folgemonats eingezogen.

Zahlungspflichtiger: Name: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen: _____

Ebern, den

Datum

Unterschrift Antragsteller