

# Anmeldung zur Essenversorgung (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name /Vorname:..... geb. am:.....

Wohnanschrift:.....

Pflegegrad:..... Grad der Hinderung:..... gewünschter Versorgungsbeginn:.....

Betreuer/ Bevollmächtigter /gesetzl. Vertreter.....

Telefon: .....

Anschrift:.....

Und dem Unternehmen:

**Stiftung „St. Georg-Hospital“, Hallesche Straße 44, 04509 Delitzsch**

**Tel.: 034202/833100 Fax: 034202/833199**

1. Auf Grundlage der mit der o. g. Einrichtung bzw. deren Rechtsträger geschlossenen Anmeldung zur Essenslieferung beauftrage ich o. g. Unternehmen mit der Mittagsversorgung meines o.g. Kindes. Dem derzeitigen Essenspreis von 4,15 € stimme ich zu.

2. Bitte beachten Sie, grundsätzlich ist ihr Kind für die Mittagsverpflegung **angemeldet**, außer an Sonn- und Feiertagen, Brückentagen und in den Schulferien.

Die Abmeldungen des Essens wegen Krankheit etc. erfolgen telefonisch in der **Zeit von 6.30 Uhr bis 08:00 unter folgender Nummer: 034202/833156.**

Die Mittagsversorgung für die Schulferien muss gesondert angemeldet werden.

3. Die Rechnungsbegleichung erfolgt rückwirkend durch Lastschriftinzug frühestens zum 15. des Folgemonats, Ich ermächtige die „Stiftung St. Georg Hospital“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Stiftung St. Georg Hospital“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Kreditinstitut:.....

IBAN.....BIC:.....

Name/ Vorname

Kontoinhaber:.....

Vollständige Anschrift Kontoinhaber:.....



## Kündigung der Essenversorgung (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Für

Name/ Vorname: .....

Adresse:.....

.....

Kündigung zum:.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift /

oder

Unterschrift Bevollmächtigter