

Anmeldeformular Mahlzeitendienst

Familienname _____

Ledigname _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand _____

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Versicherten-Nr. _____

PEID oder AHV-Nummer _____

Sind Sie Mitglied der Lebenshilfe Balzers e.V.? ja nein seit (Datum) _____

Portionengrösse _____
($\frac{1}{2}$)(1/1)(1 $\frac{1}{2}$)

Erster Liefertag _____

Liefertage täglich
 (mind. 3x / Woche) Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zustelladresse für Verrechnung

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Unterschrift Kunde/Besteller

Unterschrift Bereichsleiter Hotellerie