|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Vorname |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Strasse |  |  | Nummer |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| PLZ |  |  | Ort |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Telefon |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kontaktperson Nachbarschaft*Name/ Vorname/Strasse/Ort/Telefon* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kontaktperson Familie*Name/Vorname/Strasse/Ort/Telefon* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Adresse für Rechnungsstellung*Name/Vorname/Strasse/Ort/Telefon**(Nur auszufüllen wenn die Rechnungnicht an den MZD-Bezüger geht)* |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Gewünschtes Essen |  |  | Normalkost |  | Schonkost  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Diät *(Alterszucker)* |  | Vegetarisch |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Gewünschte Portion | Gewünschte Lieferung |  | Montag |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1/1 |  |  |  | Dienstag |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1/2 (gleicher Preis) |  |  |  | Mittwoch |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Donnerstag |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Freitag |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Samstag |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Sonntag |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Datum der ersten Lieferung |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ich habe das Merkblatt zur Kenntnis genommen, und verpflichte mich, die Rechnungen fristgerecht zu bezahlen.Datum: ………………………………… Unterschrift: ……………………………………………….. |