

Mahlzeitendienst Alterszentrum Mühlefeld

Lieferadresse:

Name	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon Nr.:	
E-Mail	

Lieferung:

Ab wann (Datum):	
------------------	--

Liefertage (nur mittags):

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kosten:

Preis pro Mahlzeit:	17.50 CHF (halbe und ganze Portion)
---------------------	-------------------------------------

Portionengrösse:

Halbe Portion <input type="checkbox"/>	Ganze Portion <input type="checkbox"/>
--	--

Rechnungsadresse (falls abweichend von Lieferadresse):

Name:	
Strasse:	
PLZ / Ort:	
Telefon Nr.:	

Kontaktperson

Name:	
Strasse:	
PLZ / Ort:	
Telefon Nr.:	
E-Mail:	

Bemerkungen / Spezielles / Unverträglichkeiten:

Wie sind Sie auf den Mahlzeitendienst aufmerksam geworden?

Datum Erfassung:

Visum: