

# Mahlzeitendienst Alterszentrum Mühlefeld



## Lieferadresse:

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort

Telefon Nr. / E-Mail

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: 16 CHF (halbe und ganze Portion)

## Portionengrösse:

Halbe Portion

Ganze Portion

## Rechnungsadresse (falls abweichend von Lieferadresse):

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.Nr. / E-Mail:

## Kontaktperson:

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.Nr. / E-Mail:

## Bemerkungen / Spezielles / Unverträglichkeiten:

## Wie sind Sie auf den Mahlzeitendienst aufmerksam geworden?

Datum Erfassung:

Visum:

Bitte stellen Sie das Dokument per Mail an [markus.suter@azmuehlefeld.ch](mailto:markus.suter@azmuehlefeld.ch) oder an Markus Suter, Apperechweg 10, 5015 Erlinsbach SO, zu. Danke sehr. Freundliche Grüsse ihr Team Mühlefeld