




Antrag

auf Lieferung von **Essen auf Rädern** durch den Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

Bitte füllen Sie den Antrag und das SEPA-Lastschriftmandat aus und senden alle Unterlagen **vollständig** an uns zurück.
Nach Erfassung der Daten erhalten Sie Ihre Kopie des Lastschriftmandats zur Ablage.

Name:	Vorname:	geb. am:
Straße:	Wohnort:	
Telefon:	Email:	
Für Notfälle Name, Adresse, Tel. eines Angehörigen oder einer nahe stehenden Person:		
		
<input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> Diätkost	
Lieferung Essen auf Rädern für folgende Tage: (Änderung jederzeit möglich)		
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Freitag	
<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Samstag	
<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Sonntag/Feiertag (gefroren im Voraus)	
<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Wochenpaket (gefroren)	

Die Kosten für ein warmes Essen betragen € 8,00.

Das Wochenpaket mit gefrorenem Essen kostet € 40,00 pro Woche.

Vorabankündigung: Die Gebühren für das **Essen auf Rädern** werden per SEPA-Lastschrift (Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00000433699 / Mandatsreferenz siehe SEPA-Basis-Lastschriftmandat) nach Rechnungsstellung zum jeweils 20. des Monats vom angegebenen Konto eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag. Wir bitten Sie für Kontodeckung zu sorgen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen Daten datenschutzkonform gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu Abrechnungszwecken erfasst und gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Kontakt:

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V., Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim

Tel. 089/800631-0, Öffnungszeiten: Mo - Mi u. Fr 9 – 12 Uhr sowie nach tel. Vereinbarung

E-Mail: empfang@sozialdienst-puchheim.de

www.sozialdienst-puchheim.de

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / *Creditor name and address*

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V. Aubinger Weg 10 82178 Puchheim	<input type="radio"/> Einmalige Zahlung / <i>One-off payment</i> <input type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung / <i>Recurrent payment</i>
--	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer /
Creditor Identifier - CI]

DE03ZZZ00000433699

[Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen /
Mandate reference – to be completed by the creditor]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ich/Wir ermächtige(n) / *By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von /
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. /
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kind/Kunde (Vorname, Name) / *Your child's name/client name*

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) / *Your name and address/debtor(s) name and address*

Kreditinstitut / *Bank*

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum / *Location, Date*

Unterschrift (Zahlungspflichtiger) / *Please sign here*