

# Caritasverband Leverkusen e.V.

## ANMELDUNG ZUM MAHLZEITENDIENST



Anrede	Titel	Name	Vorname		Geburtsdatum
Straße		Hausnr.	PLZ	Ort	Etage
E-Mail		Telefon		Mobil	Erstlieferung ab

Wo dürfen wir das Essen abstellen, wenn wir Sie bei der Lieferung nicht antreffen?

Unverträglichkeiten

### Notfallnummer

Nächste Ansprechperson/en

1.	Telefon			Mobil	
Straße		Hausnr.	PLZ	Ort	E-Mail
2.	Telefon			Mobil	
Straße		Hausnr.	PLZ	Ort	E-Mail
Haben Sie einen Hausnotruf?		Wenn ja, bei welchem Anbieter?			
Ja                      Nein					
Haben Sie einen Pflegedienst?		Wenn ja, bei welchem Anbieter?			
Ja                          Nein					

### Rechnungsempfänger/in

Zahlung per Einzugsermächtigung (bitte SEPA-Mandat ausfüllen)		Wer erhält die Rechnung? Kunde/in                      Andere Person / Anschrift:			
Kontoinhaber/in/Zahlungspflichtige Person			Straße		Hausnr.
PLZ	Ort		E-Mail		Telefon

Ort

,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



### SEPA-Basislastschriftmandat

Ich / Wir

Kontoinhaber/in/Zahlungspflichtige Person		Straße	Hausnr.
PLZ	Ort	Land	
Kreditinstitut			
BIC	IBAN		

ermächtige(n) den

**Caritasverband Leverkusen e.V.**  
**Bergische Landstraße 80**  
**51375 Leverkusen**  
**Deutschland**  
**à la carte Mahlzeitendienst**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Rechnungsbetrag wird frühestens 2 Arbeitstage nach Rechnungsstellung eingezogen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier): **DE29CV100000162989**

Die **Mandatsreferenz** wird mit der ersten Rechnung mitgeteilt.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

Ort

Datum

---

Unterschrift (Zahlungspflichtige/r)