



## Anmeldung „Essen auf Rädern“

Lieferung ab dem \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Vorname		Name	
Anschrift		Telefon Nr.	
Geburtsdatum		Pflegegrad	

### Angehörige/Ansprechpartner bei Rückfragen

Vorname		Name	
Anschrift		Telefon Nr.	
Beziehung (wie verwandt?)			

### Besonderheiten bei der Anlieferung

--

Sie erhalten den wöchentlichen Speiseplan in 2-facher Ausfertigung.  
Kreuzen Sie bitte auf beiden Plänen die von Ihnen gewünschten Gerichte an und geben dann einen Plan an uns zurück.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Hauswirtschaftsleitung Herr Becker unter der Tel.-Nr. 05201 8113-26.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Bei Neuanfragen von der Hauswirtschaft auszufüllen**

Aufnahme Kunde möglich:  Ja  Nein

In welche Tour:  Tour 1 hinter \_\_\_\_\_  Tour 2 hinter \_\_\_\_\_

Tour 3 hinter \_\_\_\_\_  Tour 4 hinter \_\_\_\_\_

Dateiname: Anmeldung EaR	Erstellt von: A. Hamann	Version: 2.0	Freigabe am: 17.06.2019 Von: L. Murillo	Revision am: 20.05.2023	Seite 1 von 1
-----------------------------	----------------------------	--------------	--	----------------------------	---------------

**Einrichtung: Marienheim Halle, Schulstraße 18, 33790 Halle**

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000040994**

**Mandatsreferenz:**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Einrichtung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Einrichtung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Nach den SEPA-Regularien ist die Einrichtung als Zahlungsempfänger dazu verpflichtet, dem Bewohner als Zahlungspflichtigen spätestens 14 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschrift eine Vorabinformation (Pre-Notification) über den Betrag und das Fälligkeitsdatum des anstehenden Lastschrifteneinzuges zukommen zu lassen, sofern keine anders lautende Vereinbarung getroffen wurde.

Zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Zahlungsempfänger gilt die nachstehende Frist als vereinbart:

**Die Vorabankündigungsfrist beträgt mindestens 10 Kalendertage vor Fälligkeit der Zahlung.**

Diese Vereinbarung gilt für alle zwischen dem Bewohner und der Einrichtung ausgetauschten Mandate.

Das Lastschriftmandat gilt für folgende Abrechnungsbereiche:

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>
--	---	---	--------------------------

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift