



# „Menüservice“



Interne Vermerke:

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Wagen  1  2  3

Koblenz, den \_\_\_\_\_

AWO Kreisverband Koblenz-Stadt e.V.

Hohenzollernstraße 59

56068 Koblenz

Küche: Tel. : 0261/9146303

Fax: 0261/9145796

Mail: kueche@awo-koblenz.de

## Antrag

auf Lieferung von Mittagessen

### Persönliche Angaben(Antragssteller)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ+Ort: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

### Sonstige im Haushalt lebende Personen/Ehegatte:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Verwandte, andere Angehörige, sonstige Bezugspersonen

(bitte zutreffendes ankreuzen, Verwandtschaftsgrad bitte angeben)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ+Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Handy-Nr. \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Besteht Hausnotruf: ja  nein

wenn ja welche Einrichtung \_\_\_\_\_ mit Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

werden sie vom Pflegedienst betreut: ja  nein

wenn ja welche Einrichtung \_\_\_\_\_ mit Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## SEPA Lastschriftmandat

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ+Ort: \_\_\_\_\_

Ich gestatte der AWO Kreisverband Koblenz-Stadt e. V. ab dem

\_\_\_\_\_

den monatlichen Rechnungsbetrag für den „fahrbaren Mittagstisch“  
jeweils zu Beginn des Folgemonats von meinem Konto einzuziehen.  
Gläubiger-Identifikation-Nr.: DE28ZZZ00000638404

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Ort+Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**AWO Kreisverband-Koblenz-Stadt e. V. , Hohenzollernstraße 59,  
56068 Koblenz  
Küche Tel.: 0261/9146303 \* Fax: 0261/13370-29**