



Langen e.V.

AWO Langen e.V. • Wilhelm-Leuschner-Platz 5 • 63225 Langen

Wilhelm-Leuschner-Platz 5
63225 Langen
Telefon (06103) 20 26 20 - 0
Telefax (06103) 20 26 20 - 9

E-Mail: info@awo-langen.de
Internet: www.awo-langen.de

Bitte zurück an:

Arbeiterwohlfahrt Langen e.V.
Menüservice – Essen auf Rädern
Wilhelm-Leuschner-Platz 5
63225 Langen

ANMELDUNG Menüservice / Essen auf Rädern

Lieferung ab:*

Name:*	Vorname:*	geboren:*
Partner(in):	Vorname:	geboren:
Anschrift:*		
E-Mail:	Tel.:*	
Kontaktperson (Funktion):*	Tel.:*	
Hausarzt:	Tel.:	
Pflegedienst:	Tel.:	
Hausnotruf:	Tel.:	

Ich möchte mein Essen:*

☐ Heiß angeliefert an meinen Wunschtagen	☐ Tiefkühlfrisch jeweils am Donnerstagvormittag
--	---

↓ ↓

☐ á la carte * ☐ nach Wochenplan * Menüs nach Belieben selbst aussuchen und bis Freitag 15 Uhr für die <u>Lieferung ab Freitag in der Folgewoche</u> vorbestellen!	Bitte bestellen Sie jeweils bis Freitag, 15 Uhr, zur <u>Lieferung am Donnerstagvormittag in der Folgewoche</u>
---	--

↓ ↓

☐ Basis (10,25€) ☐ DeLuxe (11,60€)
--

↓

Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So ☐

Die Arbeiterwohlfahrt bietet Ihre Dienste alten, kranken und behinderten Menschen an. Für diese Zwecke sind die Leistungen steuerbefreit. Mit meiner Anmeldung bestätige ich / bestätigen wir, zu dieser Zielgruppe zu gehören.

Datum:*	Unterschrift:*
----------------	-----------------------

Wir liefern ausschließlich sicher und komfortabel gegen monatliche Lastschrift.

➔ **Bitte wenden!**

* = Pflichtfeld

SEPA-Lastschriftmandat



Langen e.V.

Arbeiterwohlfahrt Ortsverein Langen e.V., Wilhelm-Leuschner-Platz 5, 63225 Langen

Gläubiger-Identifikationsnummer DE64ZZZ00000379445

Mandatsreferenz: Ihre Kundennummer

Ich ermächtige die Arbeiterwohlfahrt, Ortsverein Langen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeiterwohlfahrt, Ortsverein Langen e.V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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)*

Straße und Hausnummer*

Postleitzahl und Ort*

Kreditinstitut (Name und BIC)* BIC: * _ _ _ _ _

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN*

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen*

Die **Rechnungsstellung** erfolgt jeweils zum letzten Tag des Monats.

Die **Erst- und Folgelastschriften** erfolgen jeweils am 5. des Folgemonats.

Sollte sich in der Rechnung/Abbuchung einmal ein Fehler ergeben, werden wir diesen in Abstimmung mit Ihnen umgehend aufklären. Sie erhalten dann ggf. umgehend eine Gutschrift. Wir sind dafür montags bis freitags von 8 – 15 Uhr für Sie erreichbar!

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten nach den aktuellen Datenschutzgesetzen.