



SENIORENZENTRUM DIENSTLEISTUNGS-GMBH DURACH

Bestellung für Essen auf Rädern

Name: Vorname: geb.am:

Name: Vorname: geb.am:

Straße, Wohnort:

Telefonnummer:

Telefonnummer und Name eines Angehörigen oder Nachbarn falls unsere Ausfahrer niemanden antreffen:

Ich bestelle ab Essen auf Rädern.

Das Essen wird täglich zwischen 11.00 - und 12.00 Uhr angeliefert. Sie haben die Möglichkeit zwischen zwei Menüs auszuwählen. Sie finden unseren Speiseplan auch auf unserer Internetseite unter www.seniorenzentrum-durach.de.

**Der Preis für ein Mittagessen beträgt € 7,35
zuzüglich Fahrkosten € 1,90**

Der Menüpreis am Sonntag (wenn in dieser Woche weniger als drei Menüs bestellt waren) beträgt für

**Menü I € 11,30 zuzüglich € 1,90 für die Anlieferung
Menü II € 9,25 zuzüglich € 1,90 für die Anlieferung**

Wir bieten Ihnen an, am bargeldlosen Zahlungsverkehr durch ein Sepa-Basis-Lastschriftmandat teilzunehmen. Hierbei werden Sie spätestens einen Werktag vor der Lastschriftfälligkeit über die Betragshöhe informiert. Hierzu bitte die Rückseite ausfüllen.

Datum: Unterschrift:



SENIORENZENTRUM DIENSTLEISTUNGS-GMBH DURACH

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Seniorenzentrum Durach
Am Leitenacker 9
87471 Durach

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] [Mandatsreferenz]
DE22ZZZ00000001319

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Seniorenzentrum Durach

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Seniorenzentrum Durach

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.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut:

Bankleitzahl:

oder:

BIC¹:

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt. Evtl. anfallende Bankgebühren (z. B. Unterdeckung des Kontos) müssen vom Zahlungspflichtigen getragen werden.

Kontonummer:

oder:

IBAN: | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)