



# 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 12.30 Uhr angeliefert.  
Sie haben die Möglichkeit zwischen zwei Menüs auszuwählen.  
Sie finden unseren Speiseplan auch auf unserer Internetseite unter  
[www.seniorenzentrum-durach.de](http://www.seniorenzentrum-durach.de).

**Der Preis für ein Mittagessen beträgt € 7,70**  
**zuzüglich Fahrkosten € 2,00**

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

**Menü I € 11,30 zuzüglich € 2,00 für die Anlieferung**  
**Menü II € 9,25 zuzüglich € 2,00 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:

BIC<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> 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)