

**Aufnahme Neukundin/Neukunde
für Essen auf Räder**


Datum:			per Telefon	persönlich
Anrede und Titel	Frau	Herr		
Nachname:				
Vorname:				
Adresse:				
Ort:				
Telefon/Handynummer:				
Geburtsdatum:				
Freiwillige Serviceleistung für mehr Sicherheit für die Kundin/den Kunden				
Vorgehensweise bei Lieferauffälligkeiten erwünscht (lt. Dokument EAR Vorgehen)	Ja	Nein	Sonstiges:	
Weitere Kontaktperson I:				
Telefon/Handynummer Kontaktperson I:				
Weitere Kontaktperson II:				
Telefon/Handynummer Kontaktperson II:				
Lieferung ab:				
ev. Lieferende:				
Portionsgröße:	Normal	Klein		

Abendessen	Ja	Nein	
Lieferungsart	täglich	jeden 2. Tag	Sonstiges:
Besonderheiten bei der Zustellung:			
Sonderwünsche (Diät, Unverträglichkeit,...)			
Infozettel weitergegeben:	Ja	Nein	
Zuschuss Gemeinde:			
Preis pro Menü:			
Anmeldeformular für Gemeinde erhalten	Ja	Nein	
Zahlungsart	Bankeinzug	Erlagschein	
Bankeinzugsgenehmigung erhalten	Ja	Nein	
über Datenschutz aufgeklärt	Ja	Nein	Sonstiges:
Zusatzinformationen			
aufgenommen durch:			
abgemeldet am:			
Grund der Abmeldung:			

Stadtgemeinde Trofaiach
Luchinettigasse 9
8793 Trofaiach



Anmeldung

für den Bezug von „Essen auf Rädern“

von der Lebenshilfe Trofaiach

8793 Trofaiach, Hauptstraße 26

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Bezug ab: _____

Aufgenommen am: _____

(Unterschrift des Essensbeziehers)

Für den oben genannten Antragsteller wird seitens der Stadtgemeinde Trofaiach, laut Gemeinderatsbeschluss vom 30.06.2022 ein Zuschuss in der Höhe von € 0,48 pro Mahlzeit/Tag gewährt.

Voraussetzung: Erreichung des 60. Lebensjahres und Hauptwohnsitz in Trofaiach
Für Trofaiachcardbesitzer gibt es einen Zuschuss in der Höhe von € 1,20 pro Mahlzeit/Tag

ERMÄCHTIGUNG
SEPA LASTSCHRIFT-MANDAT
Bankeinzug

lebenshilfe
Trofaiach

GENDER-HINWEIS >

Mandatsreferenz:	EAR 000 000
Zahlungsempfänger:	Lebenshilfe Trofaiach Dienstleistungs GmbH Hauptstraße 26, 8793 Trofaiach
Creditor ID:	AT34ZZZ00000014165

Hiermit ermächtige/n ich/wir, den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein/unser Bankinstitut an, die von oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschrift einzulösen.
Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Bankinstitut vereinbarten Bedingungen.

Einzugstitel:	Essen auf Rädern
Name:	
Zusatz:	Einzug 14 Tage nach Zusendung der Abrechnung
Zahlungsart:	wiederkehrender Einzug

ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Name:	
Anschrift:	
IBAN:	
BIC:	
Bankinstitut:	

Datenschutzinformation: Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, um unsere Leistungen abzurechnen (vertragliche Pflichten). Weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite unter: <https://new.lebenshilfe-trofaiach.at/index.php/restaurant-pavillon/2-uncategorised/137-datenschutzerklaerung>

Ort, Datum

Unterschrift

> GENDER-HINWEIS: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtersensible Formulierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

Lebenshilfe Trofaiach
gemeinn. Betriebs GmbH
Dienstleistungs GmbH
gemeinn. Kindergarten Betriebs GmbH
8793 Trofaiach, Hauptstr. 26

Erstellt von: Verwaltung
Geprüft von: SDS
Geprüft von: QM
Freigabe durch: GF

Gültig ab: 07/2024
Dok.-Dat./Rev.-Nr.: 2024_07_02|-R1

Seite 1 von 1