

**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 <u>(It. Dokument EAR Vorgehen)</u>	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	
Bankeinzugsgenhemigung 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. Lebendjahres 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.