

# ANMELDUNG ESSEN AUF RÄDER

## **Daten zur Person**

Familienname\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_ Hnr.\* \_\_\_\_\_

Plz\* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

## **Angaben zur antragsstellenden Person**

(wenn nicht ident mit der Bezugsperson)

Name \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Verhältnis zur Bezugsperson \_\_\_\_\_

## **Weitere Angaben**

Lebensmittelallergien: ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lebensmittelunverträglichkeit: ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diabetes: ja  nein

Sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Pflichtfelder bitte ausfüllen

**Anmeldung ab:\*** \_\_\_\_\_

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der derzeitige Essenspreis beträgt € 9,78 inkl. 10 % Ust. pro Essen**

**Zahlungsart\***

Zahlschein  Bankeinzug

Name Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

(nur bei Bankeinzug auszufüllen)

Ich bin einverstanden, dass

- meine Daten an die SeneCura Ges.mbH weiter gegeben werden, damit eine reibungslose Abwicklung zum Bezug von Essen auf Rädern sichergestellt werden kann;
- gesundheitliche Daten weiter gegeben werden (bei Notfällen kann es lebenswichtig sein, dass die medizinischen Daten – z.B. Allergien, Unverträglichkeiten, Medikamenteneinnahme, usw. bekannt sind;
- berechnungs- bzw. verrechnungsrelevante Daten zum Zweck der Berechnung, zur Rechnungslegung und der Überwachung des Zahlungseinganges an die zuständige Fachabteilung weiter gegeben werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen, widerrufen werden.

Die Zustellung erfolgt von MO – SA zwischen 10.00 und 12.00 Uhr (auch an Feiertagen). Ausgenommen davon sind der 01.01. und der 25.12.

Änderungen können in der Abteilung Gesundheit und Soziales angegeben werden. Betreffend den jeweiligen Tag bis spätestens 09.00 Uhr.

Die Verrechnung erfolgt monatlich im Nachhinein per Einzug oder Erlagschein.

**Kontaktperson:**

Amt der Stadt Bludenz, Gesundheit und Soziales, Frau Christine Leidinger,  
Tel. 05552 63621 - 251

*i*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Pflichtfelder bitte ausfüllen