

## Teilnahme Mittagessen

Mein Kind \_\_\_\_\_ ,

Klasse \_\_\_\_\_

nimmt an folgenden Tagen regelmäßig am Mittagessen teil:

Mo     Di     Mi     Do     Fr

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zu- bzw. Abbestellungen sind telefonisch bis 10:00 Uhr des jeweiligen Tages möglich.  
(05572-94 86 15 16 od. 0151-22 44 05 38)

**Zahlungsempfänger: Häusliche Krankenpflege Wahlsburg e.V.**  
Mühlenstr. 5  
34399 Wesertal  
[hkp-1983@web.de](mailto:hkp-1983@web.de)

**Ich ermächtige den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto**

**IBAN:**

**einzuziehen.**

**Name:**

**Strasse, Hausnummer:**

**PLZ, Wohnort:**

**Wesertal, den**