

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

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