



# Soziales Dienstleistungszentrum Felsberg

## Anmeldung - Essen auf Rädern

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ/Wohnort: .....

Tel.-Nr.: .....

Ab Datum: .....

Täglich Mo – Fr. oder ausgewählte Wochentage .....

Wochenendessen: Sa  So.  Diät:  Anzahl Essen/Pers.: .....

**Ich/ Wir beantrage/n beim Sozialen Dienstleistungszentrum in Felsberg  
“Essen auf Rädern“ bis auf Widerruf**

**Zahlungsvereinbarung:**

monatlich per Rechnung

monatlich per Einzugsermächtigung

**keine Barzahlung möglich**

Mir/Uns ist bekannt, dass die mich/uns betreffenden Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden soweit dies für die Bearbeitung notwendig ist.

.....  
**Ort/Datum**

.....  
**Unterschrift Kunde**

Soziales Dienstleistungszentrum Felsberg

Träger: KiFaS e. V.

Untere Birkenallee 19  
34587 Felsberg

Telefon 05662 | 6271  
05662 | 9390059  
Fax 05662 | 1305

Kreissparkasse Schwalm-Eder  
IBAN: DE05 520521540030366983  
BIC: HELADEF1MEG  
USt.-Nr.: 03225051229



www.soziales-dienstleistungszentrum.de | [verwaltung@soziales-dienstleistungszentrum.de](mailto:verwaltung@soziales-dienstleistungszentrum.de)