



Anmeldung für Kunden des Mahlzeitendienstes Thur-Seebach

Name/Vorname
Adresse
PLZ / Ort
Telefon
Mobiltelefon
Mail
<input type="checkbox"/> Rechnungsadresse
Beginn der Lieferungen

Adresse für Notfälle
Name/Vorname
Adresse
Telefon
Mobiltelefon
<input type="checkbox"/> Rechnungsadresse

Besonderheiten

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Portion | <input type="checkbox"/> Allergien* |
| <input type="checkbox"/> 1/2 Portion | <input type="checkbox"/> allfällige Abneigungen* |
| <input type="checkbox"/> ohne Suppe | <input type="checkbox"/> kleingeschnitten |
| <input type="checkbox"/> ohne Salat | <input type="checkbox"/> Diät |
| <input type="checkbox"/> ohne Dessert | |

Gewünschte Tage

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Freitag |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> Samstag (am Freitag kalt geliefert) |

* Bemerkung:

Ort/Datum: **Unterschrift:**