



Bitte **leserlich schreiben** und gemeinsam mit dem unterschriebenen Vertrag an

Service Gesellschaft der Kliniken des Main-Taunus-Kreises senden..

Angaben zum Vertragspartner

Anrede Frau Herr Familie

Name _____

Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Kontakt

- Telefon-Nr. _____
- Fax-Nr. _____
- e-mail-Adresse _____

Angaben zum Essenteilnehmer
(falls diese Angaben von 1. abweichen)

Schule _____

Name _____

Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich

Schule _____

Klasse _____

Angaben zum Kontoinhaber (Lastschriftverfahren)

Kontoinhaber _____

Kontonummer _____

BLZ _____

Kreditinstitut _____