

 <p>Alterszentrum SUNNMATTE</p>	<h2>Auftrag Mahlzeitendienst</h2> <p>Kontakt: Alterszentrum Sunnmatte Bahnhofstrasse 6, 5742 Kölliken 062 / 737 49 49</p>	<p>Betriebshandbuch: AZK QM-Pilot Bereich: 60</p>
---	--	---

Kunde

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
 PZL/Wohnort: _____ Telefonnummer: _____
 Am besten Erreichbar:

Auftraggeber:

Falls die Auftraggeber, Angehörige sind:

Name/ Vorname	Telefonnummer
---------------	---------------

Kostform und Portionengrösse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollwert Kost (Normalkost) | <input type="checkbox"/> leichte Vollwert Kost |
| <input type="checkbox"/> Vegetarische Kost | |
| <input type="checkbox"/> Ganze Portion | <input type="checkbox"/> Halbe Portion |

Spezialkost-Form

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Kost | <input type="checkbox"/> Pürierte Kost |
| <input type="checkbox"/> Lactosearme Kost | |

Unverträglichkeiten

-

Lieferung an folgenden Tagen

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Datum erste Mahlzeitenlieferung:

Datum letzte Mahlzeitenlieferung:

Ort und Datum	Unterschrift
.....