

# Kundenstammblatt Kinder Menü



<b>Kundennummer</b> <small>(bitte nicht ausfüllen- wird vom Unternehmen eingesetzt)</small>
--

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

## Essenteilnehmer:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße / Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**ggf. Ortsteil:** \_\_\_\_\_

**besuchte Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Klasse / Gruppe:** \_\_\_\_\_

**Essenteilnahme ab / seit:** \_\_\_\_\_

(Bestellvariante bitte ankreuzen)

**Mittagsversorgung an folgenden Tagen:**       Mo     Di     Mi     Do     Fr

Kunde:	Erziehungsberechtigter			Rechnungsempfänger <small>(falls abweichend)</small>	
Rechtsstellung des Erziehungsberechtigten*:	Vater <input type="radio"/>	Mutter <input type="radio"/>	Vormund <input type="radio"/>	Pfleger <input type="radio"/>	Betreuer <input type="radio"/>
<b>Name, Vorname:</b>	_____			_____	
<b>Geburtsdatum:</b>	_____			_____	
<b>Straße / Hausnummer:</b>	_____			_____	
<b>PLZ / Ort:</b>	_____			_____	
<b>Telefonnummer (Festnetz):</b>	_____			_____	
<b>Telefonnummer (Mobil):</b>	_____			_____	
<b>Faxnummer / E-Mail:</b>	_____			_____	

Achtung: Ist kein genau datierter Versorgungsbeginn angegeben, so gehen wir davon aus, das die Versorgung unmittelbar und damit spätestens am nächsten Tag nach Eingang dieses Vertrages bei der Burgenlandküche GmbH beginnen soll.

**Bitte wählen sie Ihre Zahlungsweise:** (bitte zutreffendes ankreuzen)

<b>Zahlung per Lastschriftverfahren</b>	<input type="radio"/> Ja
---	--------------------------

Wenn Sie sich für eine Teilnahme am Lastschriftverfahren entscheiden haben, füllen Sie bitte das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus, Gebühren für eventuelle Rücklastschriften werden in Höhe von 3,- EUR berechnet und vom Kontoinhaber getragen.

<b>Zahlung per Überweisung</b>	<input type="radio"/> Ja
--------------------------------	--------------------------

**Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag nach Erhalt der Rechnung auf unser Konto:**

**IBAN: DE 88 8005 3000 3010 8006 56**

**BIC: NOLADE 21 BLK**

**Bank: Sparkasse Burgenlandkreis**

<b>Rechnung per e-mail</b> <small>(bitte ankreuzen)</small>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	--------------------------	----------------------------

<b>Online - Bestellungen</b> <small>(bitte ankreuzen)</small>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	--------------------------	----------------------------

Sollten Sie unseren Online-Bestelldienst nutzen wollen, kreuzen Sie bitte "Ja" an. Im Nachgang erhalten Sie über die von Ihnen o.g. E-Mail-Adresse Ihre Zugangsdaten mit denen Sie sich auf unserer Website einloggen können. Damit geben wir Ihnen die Möglichkeit Umbestellungen / Bestellungen bzw. Abbestellungen selbständig vorzunehmen. Sollten Sie noch Fragen zu Ihren Bestellungen haben, stehen wir Ihnen gern telefonisch unter 03441/213 540 oder 03441/300 217 zur Verfügung.

**Bitte senden Sie das Kundenstammblatt zusammen mit den Erstbestellschein im Original**

**per Post an:** Burgenlandküche GmbH, Neue Werkstraße; 06712 Zeitz  
**oder:** geben es bei unseren Mitarbeitern ab.

Die **An- & Abmeldung** der Essenversorgung ist **am Vortag bis 14:00 Uhr** möglich,  
bei Krankheit ist es bis **07:30 Uhr am Liefertag** möglich.

**Bitte beachten Sie abweichende Abmeldezeiten bei der Frühstücksversorgung!!!**

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen dem Vorstehenden und unseren AGBs (einsehbar unter [www.burgenlandkueche.de](http://www.burgenlandkueche.de)) zu.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift abweichender Rechnungsempfänger

# SEPA - Basislastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Burgenlandküche GmbH  
 Neue Werkstraße  
 06712 Zeitz



Gläubiger - Identifikationsnummer

**DE 36 ZZ 00000 191769**

Mandatreferenz entspricht Kundennummer (wird mit der ersten Rechnung mitgeteilt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name und Adresse des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

---



---



---

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen

BIC / Swift des Zahlungspflichtigen

---

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

---

Ort / Datum

---

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

---