

Spett. ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI
Servizio Pasti Domiciliari

Con la presente si richiede:

Attivazione del servizio a partire dal giorno _____

Tipo frequenza _____

Sospensione del servizio a partire dal giorno _____

Variazione del servizio a partire dal giorno _____

Cessazione del servizio a partire dal giorno _____

Dati personali

Sig./Sig.ra: _____

Nato/a a _____ **il** _____

Residente a _____ **Cap** _____

via _____

Telefono _____

Persona di riferimento: _____

Telefono _____ **Mail** _____

Costo pasto die € 8,27

Il/la firmatario/a si dichiara a conoscenza dell'impegno di dover procedere al versamento dei costi dei pasti consegnati entro la fine del mese successivo a quello di riferimento presso il Tesoriere dell'Istituto, mediante SDD (Sepa Direct Debit - domiciliazione bancaria) attraverso compilazione di apposito modulo che dovrà essere consegnato all'attivazione della prima consegna e che autorizza l'Istituto Assistenza Anziani a disporre sul conto corrente indicato l'addebito in via continuativa.

Firma

Data

ALLEGATI:

Copia documento di identità

Codice Fiscale

Servizio Pasti Domiciliari 045 8080117

Responsabile 045 8080268

Centralino 045 8080111