

# Livraison de repas à domicile : **Le Tourniol – Service d'aide à domicile**



## FICHE D'INSCRIPTION Document à compléter, dater et signer

### **Bénéficiaire :**

NOM – Prénom : .....

Commune : .....

Adresse précise : .....

Téléphone (obligatoire) : ...../ ...../ ...../ ...../ .....

Téléphone portable : ...../ ...../ ...../ ...../ .....

Logement : Maison individuelle  Appartement

Signaler les repères utiles, tels que : mairie, église, école, commerces, cimetière, monuments quelconques, transformateur, croisement, bifurcations, n° des routes ou chemins, etc... De plus, si l'accès est difficile, veuillez en préciser les particularités :

Animaux : Oui  type : ..... Non

Personne référente (infirmière, aide ménagère, voisin, ami ou famille) à contacter en cas de besoin :

Nom\* : ..... Tel\* : .....

*\*Ce champs est obligatoire.*

Lien de parenté\* : .....

Jour de livraison	Jour de semaine	Personne 1	Personne 2
Lundi	Lundi		
	Mardi		
Mercredi	Mercredi		
	Judi		
Vendredi	Vendredi		
	Samedi		
	Dimanche		
Nombre de repas			
TOTAL			
Date dernière livraison			

Si la facture doit être adressée à un tiers, nous préciser :  
Parenté /Qualité : .....  
Nom-Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél. : .....

\* Si continuité de la commande, voir tableau, au dos.

### **Mode de règlement :**

Souhaitez-vous régler par prélèvement automatique : oui  non

**Les repas sont à payer d'avance** pour le mois par chèque ou par prélèvement le 1er de chaque mois.

**Le livreur n'est pas habilité à récupérer** des chèques. Ils sont à envoyer ou à déposer à l'Ehpad Les Monts du Matin, Chemin de la Panetière 26300 BESAYES.

Date :

Nom : .....

Signature :

Prénom : .....

Lien de parenté du signataire : .....

# Livraison de repas à domicile : **Le Tourniol – Service d'aide à domicile**



- Dans le cas de poursuite de la précédente commande merci de remplir le tableau suivant :

Date	Règlement : Virement / Chèque / Autre	N° Chèque	Banque	Modifications de la commande et signature	Date de la dernière livraison

1ère livraison le : ...../...../.....

**Avez vous une allergie alimentaire ?**

**Oui**

*Veillez indiquer votre allergie alimentaire :* .....

.....

.....

.....

**Non**

En cochant cette case, le client déclare ne souffrir d'aucune allergie alimentaire.

**Date et signature :**

***Nous vous remercions pour votre confiance !***