

Center for Sundhed og Ældre
Myndighed
Torvegade 15, 1. sal
4200 Slagelse

ANSØGNING OM MADSERVICE



aeldre@slagelse.dk
Tlf. 58 57 45 00

Dato _____

Ansøger			
Ny bruger	Ændring	Gentilmelding	Ophør
Navn		Personnr.	
Adresse:		Tlf.nr.	
Postnr./by			
Kontaktperson (udfyldes når ansøger ikke er kendt af hjemmeplejen)			
Navn		Tlf. nr.	
Ønsker leveret			
Madservice med udbringning: Hovedret og bired		Madservice uden udbringning: Hovedret og bired	
Madservice med udbringning: Hovedret		Madservice uden udbringning: Hovedret	
Specialkost / diæt:			
Særlige forhold vedrørende afleveringen af maden:			
Jeg ønsker følgende leverandør af madservice:			
Jeg ønsker at låne en microovn af Slagelse Kommune			
Levering ønskes fra den:		Dato og underskrift:	

Betaling for maden sker bagudrettet via girokort og kan tilmeldes Betalingsservice.

Forbeholdt VISITATIONEN	
Start fra den	
Dato	Underskrift
Meddelt leverandøren den:	Af