

**Wir helfen
hier und jetzt.**



Die im Text verwendeten personenbezogenen Formulierungen sind geschlechtsneutral und gelten für w/m/d.

ASB Betreuungs- und Sozialdienste gemeinnützige GmbH

Grenzweg 8

02827 Görlitz

Telefon: 03581 735-0, Versorgungseinrichtung: 735-226

Telefax: 03581 735-109

Kunden-Nr.: _____

**Vertrag
für Teilnehmer am Essen auf Rädern (EaR) und
Essenteilnahme im Saal**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

PLZ Ort: _____

Straße, Hausnr.: _____

Nachfolgend bitte unbedingt ausfüllen!

Angehörige/
gesetzliche Vertreter: _____

Telefon: _____

PLZ Ort: _____

Straße Hausnummer: _____

Der Vertrag betrifft die Essenversorgung an den o. g. Essenteilnehmer durch den ASB unter folgenden Bedingungen:

- 1. Die Lieferung erfolgt laut Ihrer Bestellung auf dem Bestellschein, den Sie jede Woche von uns erhalten.**
- 2. Ein Essen frei Haus, unabhängig aller Nebenumstände, kostet:**

Portion EaR: 6,65 € pro Portion inklusive Lieferung und 7% Umsatzsteuer

Halbe Portion: 5,95 € pro Portion inklusive Lieferung und 7% Umsatzsteuer

Abendessen: 4,95 € pro Person bei gleichzeitiger Abnahme einer
Mittagsportion inklusive Lieferung und 7% Umsatzsteuer

Ein Essen im Saal, unabhängig aller Nebenumstände, kostet:

- Portion Saal: 5,40 € pro Portion inklusive 7% Umsatzsteuer
(bei vorliegender Hilfsbedürftigkeit: Alter mind. 75 Jahre, oder Vorliegen einer Behinderung oder eines Pflegegrades; Nachweis entsprechend mit beifügen.)
- 6,00 € pro Portion inklusive 19% Umsatzsteuer
- Halbe Portion: 4,20 € pro Portion inklusive 7% Umsatzsteuer
(bei vorliegender Hilfsbedürftigkeit: Alter mind. 75 Jahre, oder Vorliegen einer Behinderung oder eines Pflegegrades; Nachweis entsprechend mit beifügen.)
- 4,67 € pro Portion inklusive 19% Umsatzsteuer

Die Leistung unterliegt teilweise dem ermäßigten Steuersatz nach § 12 Abs. 2 UStG.

3. Die Lieferzeit für EaR ist von 10:00 Uhr – 13:00 Uhr begrenzt.
Die Essenszeit im Saal ist von 11:30 Uhr – 13:00 Uhr begrenzt.
4. **Die Zahlweise erfolgt ausschließlich per SEPA-Lastschrift (Anlage 1).**
Ihre Rechnung erhalten Sie in der 1. Woche des Folgemonats.
5. Das Vertragsverhältnis ruht bei einer Abwesenheit des Kunden (z. B. Urlaub, Kurzzeitpflege, Kur oder Krankenhausaufenthalt). Dies gilt ab dem Tag, an welchem wir Kenntnis von der Tatsache erhalten.

Sollten Änderungen eintreten, z. B. Todesfall, ständige stationäre Unterbringung oder Wegzug, muss der Vertrag gekündigt werden!

Eine fristlose Kündigung seitens des ASB ist möglich, wenn Sie mit der Zahlung länger als einen Monat im Verzug sind!

Vertragsinhalt:

- Der Essenteilnehmer erhält seine Mahlzeit nach vereinbartem Vertrag.
- Essenanmeldungen und Essenabmeldungen können bis 14:30 Uhr des Vortages, bei Krankenhauseinweisung täglich ab 06:30 Uhr, telefonisch vorgenommen werden unter:

Küche: 03581 735-226
Fahrdienst: 03581 735-128

Umgang mit unseren Essenbehältern:

- Die Essenbehälter sind nach Gebrauch grob zu reinigen.
- Teller und Deckel sind mikrowellengeeignet.
- Teller, Schalen und Isolierbox bitte **nicht auf die heiße Herdplatte** stellen.

Verpflegungsregelung in Krisensituationen:

1. Im Falle einer Krisensituation bemüht sich die ASB Betreuungs- und Sozialdienstleistung GmbH, am ersten Tag des Ereignisses eine Mittagsverpflegung bereitzustellen.
2. Ab dem zweiten Tag sowie an den darauffolgenden Tagen kann eine weitere Verpflegung in der Regel nicht sichergestellt werden.
3. Sofern möglich, werden weiterführende Informationen zur jeweiligen Situation im Anschluss mitgeteilt.
4. Es wird empfohlen, für den häuslichen Bereich eigenständig eine angemessene Notfallverpflegung vorzuhalten.

Der Vertrag ist bis zur schriftlichen Kündigung eines oder beider Partner voll rechtsgültig.

Quittierung des Einverständnisses gegenüber den Vertragsbedingungen durch die Vertragspartner:

Datum/Unterschrift
Sebastian Fieber
Leiter Versorgungseinrichtung
i.A. der Geschäftsführung

Datum/Unterschrift
Essenteilnehmer/gesetzl. Vertreter

Anlage 1

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 53 ZZZ 00000 245298

Mandatsreferenznummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat für Essen auf Rädern

Ich ermächtige die ASB Betreuungs- und Sozialdienste gemeinnützige GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASB Betreuungs- und Sozialdienste gemeinnützige GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Sollte eine Lastschrift mangels Deckung oder aus sonstigen Gründen zurückgebucht werden, trägt der Zahlungspflichtige sämtliche hierdurch entstehenden Gebühren.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Leistungsempfänger:

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen:

Vorname Name: _____

Straße Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ich stimme der Verkürzung der Frist für die Vorankündigung der Basislastschriften auf fünf Kalendertage zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Anlage 2

Schlüsselübergabe (bei Bedarf)

Ich, _____ übergebe heute den/die

- Haustürschlüssel
- Wohnungsschlüssel
- Gartentürschlüssel
- Schlüssel für Schließanlage

an den Mitarbeiter von EaR, damit der Zutritt zur Wohnung bzw. zum Grundstück während meiner Essenversorgung gesichert ist. Der Schlüssel darf auch an die jeweilige Vertretung weitergegeben werden.

Im Falle des Verlustes oder bei Beschädigung der Schlüssel und der Schlüsselanlage wird die Haftung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt.

Schlüssel erhalten:

Datum, Unterschrift ASB Mitarbeiter

Rückgabe Schlüssel:

Datum, Unterschrift ASB Mitarbeiter

Entgegennahme
Schlüssel:

Datum, Unterschrift Essenteilnehmer/gesetzl. Vertreter