

**ASB Betreuungs- und Sozialdienste gemeinnützige GmbH**

Grenzweg 8

02827 Görlitz

Telefon: 03581 735-0, Küche: 735-226

Telefax: 03581 735-109

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

## **Vertrag für Teilnehmer am Essen auf Rädern und Essenteilnahme im Saal**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

### **Nachfolgend bitte unbedingt ausfüllen!**

Angehöriger/gesetzlicher  
Vertreter: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Der Vertrag betrifft die Essenversorgung an die/den o. g. Essenteilnehmer/-in 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:  5,24 € pro Portion inklusive Lieferung und Umsatzsteuer  
(vom 01.07.2020 bis 31.12.2020 5,15 € pro Portion auf Grundlage  
der Mehrwertsteuersenkung)

halbe Portion:  4,60 € pro Portion inklusive Lieferung und Umsatzsteuer  
(vom 01.07.2020 bis 31.12.2020 4,52 € pro Portion auf Grundlage  
der Mehrwertsteuersenkung)

**Ein Essen im Saal, unabhängig aller Nebenumstände, kostet:**

Portion Saal:  4,28 € pro Portion inklusive Umsatzsteuer  
(vom 01.07.2020 bis 31.12.2020 4,20 € pro Portion auf Grundlage  
der Mehrwertsteuersenkung)

Halbe Portion:  3,10 € pro Portion inklusive Umsatzsteuer  
(vom 01.07.2020 bis 31.12.2020 3,05 € pro Portion auf Grundlage  
der Mehrwertsteuersenkung)

**Die Leistung unterliegt 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!

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

Quittierung des Einverständnisses gegenüber den Vertragsbedingungen durch die Vertragspartner:

---

Datum, Leiterin stat. Pflege

---

Datum, Essenteilnehmer/-in

## 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.

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 und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_  
  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Zahlungspflichtigen

## Anlage 2

### Schlüsselübergabe (bei Bedarf)

Ich, \_\_\_\_\_ übergebe heute den/die

- Haustürschlüssel
- Wohnungsschlüssel
- Gartentürschlüssel
- Schlüssel für Schließanlage

an die/den Mitarbeiter/-in von "Essen auf Rädern", 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

Rückgabe Schlüssel:

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