

ATERIAPALVELUSOPIMUS / YKSITYISASIAKAS

Olen halukas vastaanottamaan Keravan Ateriapalveluiden Ravintokeskuksen valmistaman lämpimän aterian.

Sitoudun maksamaan vastaanottamistani aterioista kuukausittain lähetettävän laskun.
Vastaan kuluista, mikäli astiat rikkoutuvat tai katoavat.

Nimi

Sotu

Osoite

Puhelin

Omainen

Puhelin**LASKUTUSOSOITE**

Nimi

Sotu/ly-tunnus

Osoite

Puhelin**1. Haluan ateriapalvelun toistaiseksi:**

Aterioita viikossa: _____ kpl

MA TI KE TO PE LA SU

Ensimmäinen toimituspäivä: _____

2. Haluan ateriapalvelun määräajaksi:

Aterioita viikossa: _____ kpl

MA TI KE TO PE LA SU

Ensimmäinen toimituspäivämäärä: _____

Viimeinen toimituspäivämäärä: _____

Erityisruokavalio: **Ei erityisruokavaliota:**

- Diabetes
- Vähälaktoosinen
- Laktoositon
- Maidoton
- Gluteeniton
- Sappi
- Kihti
- Pehmeä

Muuta huomioitavaa: _____

Aterian verollinen hinta kerta-annokselta 12,40 € (sis. alv 14%), sisältää kuljetuksen

Arvonlisäverolain (1501/1993) 37 §:n mukaan arvonlisäveroa ei suoriteta sosiaalihuoltona tapahtuvasta palvelujen myynnistä.

Jos sinulla on palvelutarpeenarviointi ja Keravan kaupungin tekemä hallintopäätös koskien sosiaalihuoltoa, lähetä tai toimita kopio päätöksestä osoitteeseen:

Keravan kaupunki/ Ateriapalvelut
Sampolan palvelukeskus
Kultasepäntie 7
04250 Kerava

Avain luovutetaan ateriapalveluun,
avainmen nro _____

kyllä____ ei_____

Keravalla, ____/____ 20 ____

Asiakas/omaisen/asianhoitaja

Ravintokeskuksen edustaja

Nimen selvennys

Nimen selvennys

**Tilaukset/muutokset arkisin puh. 040 318 3230 tai ravintokeskus@kerava.fi
toimituspäivänä klo 9.00 mennessä.**

Lomake lähetetään osoitteeseen:

Terveyskeskus/ Ravintokeskus
Metsolantie 2
04200 Kerava

Tai allekirjoituksella skannattuna
ravintokeskus@kerava.fi