EHPAD Roger Jalenques
2, rue Antonin Fel
15600 MAURS
Tél.: 04.71.49.01.92
Fax : 04.71.49.19.20
contact@mr-maurs.fr
www.ehpadrogerjalenques.fr

DATE é é é é é é é é ..

FICHE INSCRIPTION PORTAGE DE REPAS

Nom :é é é é é é é é é é é é é . Prénomé é é é é é é é é é é é é é

Date de naissance :é é é é é é é Lieu de naissance :é é é é é é .....

Adresseé ..é é é é .....

é .....

N° téléphone :é ...é é é

Situation familiale :é ...

Personne à contacter en cas de besoin :é .

N° téléphone :é ...é é é é

Nom, prénom et adresse de facturation (à remplir si celle ci ne correspond pas aux coordonnées ci dessus) :é ....

é .

REGIME :

Normal Sans sel Diabétique

JOURS DE LIVRAISON : (entourer le ou les jours où vous souhaitez être livré)

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi

Le déclarant est informé quûne partie des renseignements caractérisant la présente demande fait lôobjet dûun traitement informatisé dans des conditions conformes à la loi du 6 janvier 1978 (loi informatique et libertés) modifiée par la loi du 6 aout 2004 relative à la protection des personnes physiques à lõégard des traitements de données à caractère personnel.