



Madordning – fritvalgsbevis

Navn: _____

Cpr-nr: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Valg af leverandør

Virksomhedsnavn: _____

Adresse: _____

CVR-nr: _____

Telefon: _____

Ønsket start dato: _____ / _____ 20_____

Underskrift fra modtager af madlevering

Dato _____ Underskrift _____

Faxe Kommune sender opkrævningen op faktura en gang pr. måned. Fakturaen bliver sendt til din e-boks. Er du frameldt digitalpost, vil fakturaen blive sendt som almindeligt brev. Du kan med fordel tilmelde betalingen til betalingservice. Ønsker du hjælp til tilmeldingen til betalingservice, kan Faxe Kommunes borgerservice kontaktes på telefon 56 20 30 00.

Underskrift fra leverandør af madlevering

Dato _____ Underskrift _____

Fritvalgsbeviset skal returneres til Faxe Kommune, Visitation Pleje, Frederiksgade 9, 4690 Haslev eller via sikker mail på: sikkerpost@faxekommune.dk Att.: visitation Pleje.

Underskrift Visitation Pleje

Dato _____ Underskrift _____

