

Données personnelles

Nom _____ Prénom(s) _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ N° Sécurité sociale _____

Adresse de livraison

Rue et n° _____ Localité _____

Code postal _____

Personne(s) de contact

1. Personne de contact _____ Tél. _____

Tél. _____

2. Personne de contact _____ Tél. _____

Tél. _____

Jours souhaités

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche ☐ Tous les jours

À partir du _____

Menus spéciaux

En cas de besoin d'un menu adapté, veuillez cocher la/les case(s) correspondante(s).

☐ Sans viande ☐ Sans sel

☐ Viande coupée ☐ Viande moulue ☐ Tout moulu ☐ Tout coupé

Toute demande de régime spécifique se fera seulement sur base d'une ordonnance médicale.

Le cas échéant, merci de bien vouloir nous contacter.