Bestellformular

☐ Herr ☐ Frau

Name:		**Datum der Anfrage:**	
Initialen:		**Datum der Pflegeleistung:**	
Geburtsdatum:		**Abholdatum der Hilfsmittel**	
Adresse:		**(falls zutreffend):**	
Postleitzahl:		**Buchungsnummer:**	
Wohnort:		**Unterkunftsnummer:**	
Telefonnummer:		**Name des Hauptmieters:**	
Mobilnummer:			
E-Mail-Adresse:			

Besonderheiten:

HILFSMITTEL	**Anzahl:**	
GESAMTKOSTEN:		

Name des Ferienparks		
Anschrift		
Postleitzahl und Ort		
Telefonnummer:		

Der Transport von Hilfsmitteln erfolget zwischen 11.00 und 14.00 Uhr.

Senden Sie dieses Formular bitte per E-Mail an: info@comfortzorg.nl