



1

Bestellformular

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

1.1 Angaben des Nutzers

Pflegeheim Pflegedienst Betreuungsdienst SOVD Privat

Name der Institution:

Anschrift:

1.2 Ansprechpartner/in

Herr Frau Diverse Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

1.3 Wunschanalyse

Name vom Thema:

1.4 Einbehalt der Kogni Boxen

2 Wochen 4 Wochen 1 Schnupperbox 1 Woche

Auswahl Ihrer Kogni Boxen

Box 1 Haushalt
 Box 3 Nähkasten
 Box 5 Geschicklichkeit
 Box 7 Herz Momente

Box 2 Reisen
 Box 4 Gute alte Zeit
 Box 6 Sensorik und Bewegung
 Box 8 Beruf

1.5 Lieferbedingungen

Box für 2 Wochen – 20,00€ Box für 4 Wochen - 35,00€

Die Lieferung erfolgt nach 3 Werktagen, zum Pauschalpreis von 5,00€ innerhalb des Landkreises Uelzens. Weitere Anfragen bitte individuell per Mail.

Hiermit beauftrage ich die Firma Pflegeberatung Uelzen die Kogni Box nach Wahl zu den oben angegebenen Konditionen zu liefern. Die Bezahlung erfolgt am Ende per Rechnung.

Datum

Unterschrift und Stempel