



### SOLICITUD SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO PARA MAYORES

Datos del solicitante													
Nombre y apellidos													
Fecha y lugar de nacimiento													
Dirección completa													
DNI		Teléfono											
Datos del beneficiario													
Nombre y apellidos													
Fecha y lugar de nacimiento													
Dirección completa													
DNI		Teléfono											
Colectivo <i>(mayores de 65, dependencia, diversidad funcional...)</i>													
Días que solicita menú <i>(marque con una X)</i>													
Lunes a viernes	<input type="checkbox"/>	Lunes a sábados	<input type="checkbox"/>	Lunes a domingo	<input type="checkbox"/>								
Forma de pago elegido													
Domiciliación bancaria <i>(Indicar nº de cuenta)</i>													
Pago en efectivo al repartidor <i>(marcar con una X)</i>	<input type="checkbox"/>												
Indicar tipo de dieta <i>(marque con una X)</i>													
Basal	<input type="checkbox"/>	Sin sal	<input type="checkbox"/>	Sintrom	<input type="checkbox"/>	Diabético	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	Celiaco	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
<b>Indicar otros (alergias, intolerancias...)</b> Señale también si hay algún alimento que no le guste.													
Indicar tipo de textura <i>(marque con una X)</i>													
Normal	<input type="checkbox"/>	Triturada	<input type="checkbox"/>	Fácil masticación	<input type="checkbox"/>								

En Polán, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Fdo.: