



Mikkelin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimi
Hoivapalvelut
PL 167 (Kiiskinmäenkatu 5-7)
50130 Mikkeli
puh. (015) 1941

Ateriapalveluhakemus

Hakemus saapunut _____ / _____ 20_____

Vastaanottaja _____

Hakija	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja puhelin	
Muut tiedot	Hakija asuu <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> puolison tai muun asuinkumppanin kanssa Nimi:	
	Hakijan liikkumiskyky	
	Terveystila	
	Lisätietoja (mahdollinen ruokavalio jne.)	
Pyydetty ateria-palvelu	Aterioita toivotaan kotiin <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> Ke <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Pe <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/> Su	
	Ruokavalio <input type="checkbox"/> tavallinen <input type="checkbox"/> sokeriton <input type="checkbox"/> muu:	
Allekirjoitus	Päiväys / 20	
Ateriamaksu	€/ateria	