



FORMULARIO RICHIESTA DELIVERY FOOD **PACCHETTO NEO MAMME**

LA RICHIESTA PUÒ ESSERE EFFETUATA SE IL PARTO NASCITA SODDISFA QUESTI REQUISISTI, 6 NOTTI COMPLESSIVE TRA TRAVAGLIO-PARTO-NASCITA-DEGENZA, SIA DELLA MADRE CHE DEL BAMBINO.

Cognome e nome di un genitore: _____

Via: _____ N°: _____

CAP: _____ Paese: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Oltre al neonato da quante persone è composta la famiglia: _____

Allergie e/o scelte alimentari (vegetariani, celiaci, intolleranti al lattosio....): _____

Piano mensile per la richiesta dei pasti, 8 pasti, massimo uno al giorno.

Mese: _____

Compilare con una M (mattina/colazione), P (pranzo), C (cena), per i giorni interessati

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Luogo e data: _____

Firma: _____
