

Absender:

Name

Einrichtung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

BEITRITTSERKLÄRUNG

Die Vereinbarung zur Zusammenarbeit im Pflegenetzwerk Vogelsbergkreis ist uns/mir in der gültigen Fassung bekannt und wird anerkannt.

Hiermit erklären wir unseren Beitritt zum **Pflegenetzwerk Vogelsbergkreis:**

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Blatt eingescannt an
familienbuendnis@vogelsbergkreis.de oder per Fax an 06641-977-5009