

Anmeldung Bewegung mit Musik

Teilnehmer:

Name _____

Vorname _____

Geb. _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Gesetzl. Vertreter:

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Pflegegrad ja nein

Medikamente ja nein

Ich bezahle über:

- Verhinderungspflege
 als Selbstzahler

Entlastungsleistungen

Ich bin Mitglied der **Lebenshilfe Sindelfingen e.V.**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die im Programmheft angegebenen Teilnahmebedingungen und Preise an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Lebenshilfe Sindelfingen Forderungen, die aus der Teilnahme an diesem Angebot entstehen, direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

Ort Datum Unterschrift des Teilnehmers bzw. gesetzl. Vertreters