

Anmeldeformular Täle

Ich möchte mich zu folgenden Terminen im Täle anmelden
(Bitte die gewünschte/n Wochen ankreuzen)

- Woche 1: Montag, 26.08. – Freitag, 31.08.2024
- Woche 2: Montag, 02.09. – Freitag, 06.09.2024

Teilnehmer:

Gesetzl. Vertreter:

Name _____

Name _____

Vorname _____

Vorname _____

Geb. _____

Straße _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

Pflegegrad ja nein

Medikamente ja nein

Ich bezahle

über Verhinderungspflege

Entlastungsleistungen

als Selbstzahler

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