

Anmeldeformular der FeD – Angebote 2019

Name: Vorname:

Straße: Nr:

Postleitzahl: Ort:

Telefon: Mobil:.....

E-Mail: Fax:

(Bitte nur ausfüllen, wenn zutreffend.)

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

Grad der Behinderung: %

Name der Krankenkasse:

Anschrift der Pflegekasse: Nr:

Postleitzahl: Ort:

Versichertennummer:

Bemerkungen:

.....

Datum: Unterschrift:

Mit meine Unterschrift erkenne ich die Bedingungen der Teilnahme des Familienentlastenden Dienstes der Lebenshilfe Altenburg e.V. an.

