

Anmeldung

Anmeldung

Ich heiÙe:

Mein Geburts-Datum:

Meine Strasse:

Mein Ort:

Meine Kranken-Kasse:

Meine Versicherungs-Nummer:

Pflege-Grad: 1 2 3 4 5

Ich bin Rollstuhl-Fahrer: ja nein

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer: ja nein

Mein gesetzlicher Betreuer heiÙt:

Seine Telefon-Nummer ist:

Ich melde mich für dieses Angebot an:

Ort und Datum

Meine Unterschrift

Ich schicke die Anmeldung an diese Adresse:

Lebenshilfe Bocholt, Werther Straße 173, 46395 Bocholt

Die E-Mail-Adresse ist: fud@lebenshilfe-bocholt.de