Aufnahmeantrag

Hiermit beantragen wir die Aufnahme in der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e.V.

☐ Stationäre Einrichtung ☐ Angehörige von Betroffenen
☐ Fachverband / Selbsthilfegruppe / andere

Name der Einrichtung:_____

Anschrift: _____

_____

Bundesland: _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____

Homepage: _____

Träger der Einrichtung: _____

Geschäftsführer: _____

Name des Ansprechpartners Phase F: _____

Telefondurchwahl: _____ e-mail _____

Gesamtzahl der Plätze der Einrichtung: _____

Anzahl der Plätze Phase F: _____

Versorgungsvertrag für Phase F liegt vor

☐ ja ☐ nein (bitte ankreuzen)

_____ _____

Ort, Datum Stempel / Unterschrift

Bitte senden oder faxen Sie den Aufnahmeantrag ausgefüllt an die

BAG Phase F e.V.
c/o Dirk Reining
Zum Ehrenmal 23
D 45894 Gelsenkirchen

Email : info@bag-phase-f.de