

Main-Kinzig-Kreis  
- Leitstelle für ältere Bürger –  
Barbarossastraße 24

63571 Gelnhausen

<p style="text-align: center;"><b>Beitrittserklärung</b> zum <b>Qualitätssicherungsverbund für die ambulante Pflege</b> <b>im Main-Kinzig-Kreis (QSV)</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ich / Wir erkläre/n verbindlich meinen/unseren Beitritt zum Qualitätssicherungsverbund für die ambulante Pflege im Main-Kinzig-Kreis.

Ziele und Anforderungen an die Mitgliedschaft sind in der Geschäftsordnung benannt. Ich / Wir habe/n diese zur Kenntnis genommen und akzeptiere/n sie.

Name, Anschrift, Tel. und E-Mail-Adresse des Dienstes:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name der Person und einer Vertretung, die den Dienst vertritt:

Name: \_\_\_\_\_

Name Vertretung: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_