

Bezugsperson 1:		
Name:		Vorname:
Straße:		Hausnr.:
Ort:		PLZ:
Telefon:		E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:		
Vollmacht / Betreuung vorhanden: ☐ ja ☐ nein		
Bezugsperson 2:		
Name:		Vorname:
Straße:		Hausnr.:
Ort:		PLZ:
Telefon:		E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:		
Vollmacht / Betreuung vorhanden: ☐ ja ☐ nein		

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter / Betreuer

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an einen der unten genannten Kontaktwege:

Post: Senioren- und Pflegezentrum Brandenburg gGmbH, Empfang, Tschirchdamm 20, 14772 Brandenburg a. d. H

E-Mail: rezeption.mp@spz-brb.de

Fax: 033 81/ 79 96 - 120

Ihre Daten werden von uns unter Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gespeichert.

Sind Sie nach eingereichter Anmeldung nicht mehr an einer Vormerkung in unserem Hause interessiert, bitten wir um eine kurze telefonische Rückmeldung an den Empfang unter der Telefonnummer 033 81/ 79 96 - 0.

Gesprächsnotizen (nur Intern):

* Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche und divers Form gleichberechtigt ein.