



Kontaktformular



LfK
Landesverband
freie ambulante
Krankenpflege
NRW e. V.

Anrede: _____

Name: _____

Unternehmen: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

oder Stempel des
Pflegedienstes:

Meine Nachricht an den LfK:

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Ich habe Interesse an einer **Mitgliedschaft im LfK**. Bitte senden Sie mir weitere Informationen an die oben stehende Adresse.
 - Ich bin bereits Inhaber eines Pflegedienstes.
 - Ich möchte einen Pflegedienst gründen.
 - Ich bin bereits Inhaber einer Tagespflegeeinrichtung.
 - Ich möchte eine Tagespflegeeinrichtung gründen.

Datum und Unterschrift: _____