



Erklärung zur Mitarbeit

Name der Institution _____

Träger _____

Anschrift der Institution _____

Ansprechperson _____

Telefon _____

E-Mail _____

Internetadresse _____

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns bereit, aktiv im PflegeNetz Dresden mitzuwirken. Grundlage meiner/unserer Arbeit sind die Kooperationsvereinbarung Sachsen in der jeweils geltenden Fassung und die Ziele des PflegeNetz Dresden.

Im Rahmen meiner/unserer Tätigkeit kann ich/können wir uns zu folgenden Schwerpunktthemen einbringen (Bitte ankreuzen!):

- ambulante und teilstationäre Pflege
- stationäre Pflege
- besondere Krankheitsbilder (z. B. Demenz) (Bitte benennen!)

- Kinder/Junge Erwachsene
- Sozialarbeit
- Rehabilitation
- Öffentlichkeitsarbeit/Presse
- _____

Die angegebenen Kontaktdaten dürfen im Rahmen des PflegeNetz Dresden der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Sofern sich die oben angegebenen Kontaktdaten ändern oder ich meine/wir unsere Mitarbeit im PflegeNetz Dresden beende/n, teile ich dies der unten stehenden Adresse mit.

Datum/Unterschrift

Bitte zurücksenden an:

Sozialamt Dresden
Sozialplanung
PF 12 00 20
010001 Dresden
E-Mail: Sozialplanung@dresden.de