



Klinik-Besuchsdienst Erlangen e. V.

Klinik-Besuchsdienst Erlangen e. V.
Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen

Telefon : 09131 / 85 33338 – Fax : 09131 / 976636
e-mail : klinik-besuchsdienst@fen-net.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit melde ich mich an für den ehrenamtlichen Dienst beim

KLINIK-BESUCHSDIENST ERLANGEN e.V.

Name Vorname

geboren am Konfession.

PLZ Ort

Straße Telefon

e-mail :

Sprechen Sie eine Fremdsprache? Wenn ja, welche:

BESUCHE: *) JA NEIN **QUARTIERE:** *) JA NEIN *) zutreffendes bitte unterstreichen

Ich bin über die **Schweigepflicht** informiert worden und verpflichte mich, diese einzuhalten.
Verpflichtend für eine Mitgliedschaft ist der Besuch von mindestens 6 Gruppenabenden
im Jahr und des Gesprächsaustausches.

Erlangen, den **Unterschrift**