



**NETZWERK NHPV-FFB**

Hospiz- und Palliativversorgung  
Fürstenfeldbruck

c/o Ambulantes Palliativteam  
Fürstenfeldbruck  
Dachauer Str. 33  
82256 Fürstenfeldbruck

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich unter Anerkennung der Netzwerkordnung meinen Beitritt zum Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Fürstenfeldbruck.

Name: ..... Vorname: .....

Institution (z.B. Arzt, amb. Pflege- oder Hospizdienst, Pflegeheim, Klinik):  
.....

Anschrift:

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Fax: .....

Email-Adresse: .....

Mit der Veröffentlichung der Kontaktdaten auf der Homepage erkläre ich mich einverstanden.

Datum:.....

Unterschrift: .....