

## Antragsformular für die Auszeichnung „DMSG-geprüfter Pflegedienst“

Gemäß Ihrer Bedingungen und der genannten Voraussetzungen beantragen wir für unseren Pflegedienst die DMSG-Auszeichnung.

Institution: \_\_\_\_\_

Leiter/In: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Folgende Mitarbeiter haben erfolgreich innerhalb der letzten zwei Jahre an Ihrer Fortbildung **Pflege bei MS** teilgenommen: Beide Mitarbeiter sind bei uns mit unbefristetem Arbeitsvertrag angestellt.

Name 1:

_____	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Name 2:

_____	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Bitte ankreuzen, wer dem Leitungsteam angehört

Beiliegend erhalten Sie mit dem Antrag:

- Kopien der Mitarbeiterzertifikate
- Zulassung unseres Pflegedienstes nach SGB V und SGB XI
- Für die Auszeichnung erheben wir eine Schutzgebühr von Euro 150,--.  
Sie erhalten von uns nach Eingang Ihrer Antragsunterlagen eine Rechnung

---

Datum, Unterschrift/Stempel  
GeschäftsführerIn / LeiterIn der Einrichtung