

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: | <ul style="list-style-type: none">• Kopien der Mitarbeiterzertifikate <input checked="" type="checkbox"/>• Zulassung unseres Pflegedienstes nach SGB V und SGB XI <input checked="" type="checkbox"/>• Für die Auszeichnung erheben wir eine Schutzgebühr von Euro 150,--. Sie erhalten von uns nach Eingang Ihrer Antragsunterlagen eine Rechnung <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|--|

Datum, Unterschrift/Stempel
GeschäftsführerIn / LeiterIn der Einrichtung