

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Einverständniserklärung Pflegedienst

Hiermit erkläre ich mich mit der direkten Abrechnung meiner Leistungen zwischen der Sozialagentur Sachsen-Anhalt, als überörtlicher Sozialhilfeträger und dem Pflegedienst einverstanden..

Pflegedienst:

Privatadresse:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

<hr/> <p>Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter</p>
--