An:

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 13
10117 Berlin

Schriftliche Bestätigung der W a h l p e r s o n

zur Wahl des Angehörigenbeirates am 27.09.2022 in Berlin

Hiermit wird wie folgt bestätigt:

Frau / Herr …….
(Vorname, Name)

Anschrift:……..

Tel.:

E-Mail:

wird als Vertreter/in der Angehörigen in unserer Einrichtung bestätigt:

……
(Name der Einrichtung/ des Dienstes)

Anschrift: ……..

Anschrift:……
(Name und Anschrift des Rechtsträgers – falls abweichend)

…….
Name der/des Verantwortlichen (in Druckbuchstaben)

Unterschrift der/des Verantwortlichen