



**FAX: 09941 / 98 – 3099**

Weissenregenerstraße 5, 93444 Bad Kötzing

## Interessentenanfrage

Ich interessiere mich für

- ein Einzelzimmer       ein Doppelzimmer  
 Rüstig       Pflegestufe 1       Pflegestufe 2       Pflegestufe 3  
 betr. Wohnen       Allg. Pflege       spez. Pflege       Geronto

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

geb. am: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

ggf. Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

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

Kurzzeitpflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dauer ab: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für Ihre zusätzlichen Fragen / Hinweise: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonischer Rückruf erwünscht: ja  nein

Informationsmappe erhalten: ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift