|  |  |
| --- | --- |
| **Antrag Mitgliedschaft FARA:** |  |

**Privatanschrift**

Name ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vorname …………………………………………………………………………………………..…………………………………….…………….

Geburtsdatum …………………………………………………………………………………………………………….……………….………..

Straße …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Postleitzahl ……………….Ort ……………………………………………………………………………………………………………..……..

Telefonnummer ……………………..…………………………….………………………………………………………………………………..

E-Mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Dienstanschrift**

Organisation …………………………………………………………………………...................................................................

Straße …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Postleitzahl ……………….Ort ……………………………………………………….................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitsbereich:**  Einrichtung stationäre Pflege  Ambulante Pflege/Therapie  Therapie in stationäre Einrichtung  Behindertenhilfe  Ausbildung/Studium  Bildungsträger  Sonstiges | Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an (Post/E-Mail):  FARA c/o Friedhilde Bartels  Holsteiner Chaussee 16  22523 Hamburg  **info@fara-deutschland.de** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum; Unterschrift