|  |  |
| --- | --- |
| **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 BartelsHolsteiner Chaussee 16 22523 Hamburg**info@fara-deutschland.de**  |

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

Ort, Datum; Unterschrift