



AUFTRAGERTEILUNG

In Verbindung mit dem am ausgefüllten Fragebogen soll eine Betreuungskraft zur Verfügung gestellt werden.

KONTAKTPERSON

Vollständiger Name

Straße / Hausnr.

Ort

PLZ

Telefonnummer

Mail

PFLEGEBEDÜRFTIGE(R)

Vollständiger Name

Straße / Hausnr.

Ort

PLZ

Telefonnummer

Darf kontaktiert werden

Einzelperson

mit Begleitung

2 Pflegebedürftige

Verhältnis zur Kontaktperson

Ja Nein

1. Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß mitgeteilt zu haben.

2. Ich buche den exklusiven Express-Service für einmalig 300€ Netto dazu. (VIP Bearbeitung der Anfrage - Vermittlung innerhalb 4 Tage ab Auftragserteilung, Sonntage und Feiertage ausgeschlossen.)

3. Ich habe die AGB der Helpinghand24 Kuczynski GbR gelesen, verstanden und stimme ihnen zu.

4. Ich weiß, dass ich bereits entstandene Kosten zu zahlen habe, wenn ich den Beginn der Dienstleistungen während der Widerrufsfrist verlange.

5. Ich stimme der Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen des Erforderlichen zu.

6. Ich wünsche in den Newsletter-Verteiler der Helpinghand24 Kuczynski GbR aufgenommen zu werden.

7. Rechnungsempfänger ist:

Gewünschte Beginn der Betreuung

Ort, Datum

Unterschrift