

## Anmeldung beim Pflegedienstportal.de Telefax: 06831 / 9490-15

Hiermit beauftragen wir die Aufnahme in das Pflegedienstportal.de:

Firma: \_\_\_\_\_ Firmenstempel:

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

Nachname:\* \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ Webseite: http://www. \_\_\_\_\_

Passwort: \_\_\_\_\_

\* Vorname und Nachname werden nur für die Auftragsdaten erfasst. Auf dem Pflegedienstportal.de werden diese Angaben nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben.

### Pflegeleistungen, die ich / wir erbringen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeit            | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen               |
| <input type="checkbox"/> Vollzeitpflege      | <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern               |
| <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege   | <input type="checkbox"/> Hausnotruf                     |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege         | <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege   | <input type="checkbox"/> Kursangebote für Angehörige    |
| <input type="checkbox"/> Intensivpflege      | <input type="checkbox"/> Krankenkassenzulassung         |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenpflege | <input type="checkbox"/> Therapieangebote               |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege           | <input type="checkbox"/> Sterbebegleitung               |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Rehaklinik                     |

Ich akzeptiere hiermit die nachfolgenden, schriftlich vorliegenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Zum Preis von:

- 8,50 Euro/Monat zzgl. MwSt. – Laufzeit ein Jahr, monatliche Abbuchung. (Bitte Bankverbindung angeben)
- 8,00 Euro/Monat zzgl. MwSt. – Laufzeit ein Jahr, einmalig auf Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken für Ihren Auftrag.

Pflegedienstportal.de – Max-Planck-Straße 26 - 66740 Saarlouis

Sie erreichen uns per E-Mail: [service@pflegedienstportal.de](mailto:service@pflegedienstportal.de)

## Abbuchungsauftrag für Bankeinzug

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von

### ISP KOHNEN

Andreas Kohnen  
Max-Planck-Straße 26  
66740 Saarlouis  
Tel.: (06831) 9490-0  
Fax: (06831) 9490-15

für mich/uns bei Ihnen eingereichten Lastschriften zu Lasten  
meines/unseres Kontos einzulösen.

Name des Kontoinhabers

Name der Bank

Straße

Straße (des Bankinstitutes)

PLZ/Ort

PLZ/Ort (des Bankinstitutes)

### Bankverbindung

Kontonummer

Bankleitzahl

Kontobezeichnung

Datum, Unterschrift