



G P G V OSL e.V.  
Am Krankenhaus 2  
01998 Klettwitz

Tel/Fax 035754/739391  
E-Mail: GPGV-OSL@web.de

---

## Aufnahmeantrag

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich als bevollmächtigter Vertreter die Aufnahme in den Verein:

Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund OSL e.V.

mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_

Mit meinem Aufnahmeantrag erkenne ich die Satzung des Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbundes OSL e.V. an und übernehme die daraus entstehenden Rechte und Pflichten. Das Konzept des Geriatriischen Netzwerks Brandenburg wurde mir zur Kenntnis gegeben.

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

Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_



GeriNet Brandenburg