

An:

LACB

Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen  
in Caritaseinrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen  
Knappsbrink 58  
49080 Osnabrück

**Schriftliche Bestätigung der KANDIDATUR  
zur Wahl des Sprecherkreises am 06. November 2021**

Ich, Frau / Herr .....

(Vorname, Name)

Anschrift: .....

(Tel. / E-Mail)

trete zur Wahl in den Sprecherkreis der LACB Niedersachsen am 06.11.2021an.

Datum ..... Unterschrift .....

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr ..... Angehörige(r) /  
Betreuer(in) in unserer Einrichtung ist:

(Name der Einrichtung / des Dienstes)

(Anschrift)

(Name und Anschrift des Rechtsträgers - falls abweichend)

Name der / des Verantwortlichen  
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift der / des Verantwortlichen