

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