

Anlage 4 zur Kooperationsvereinbarung Parkinson Netzwerk Südostbayern

Erklärung zur Zustimmung der Kooperationsvereinbarung

Parkinson Netzwerk Südostbayern (bitte ausfüllen)

Teilnehmer

Name der Institution oder Name der natürlichen Person:

Adresse:

Unterschrift und Datum:

Mit Unterzeichnung dieses Dokuments wird die Institution oder natürliche Person offiziell Teilnehmer des Parkinson Netzwerkes Südostbayern und akzeptiert die entsprechende Kooperationsvereinbarung.