

## Einverständniserklärung des Leistungserbringers/Trägers zur Dateneinstellung in die Pflegedatenbank des PflegeNetz Sachsen

### Stammdaten des Leistungsangebotes

Bezeichnung des Angebots/ Name des Anbieters

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Adressinformationen des Anbieters (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, *optional*: Ortsteil)

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Telefon

Fax

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Name des Ansprechpartners und Funktion

Bitte benennen \_\_\_\_\_

E-Mail

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Homepage des Anbieters

Bitte benennen \_\_\_\_\_

IK-Nummer des Leistungsangebotes (sofern vorhanden)

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Leistungsangebot(e) gemäß Anlage Datenblatt Bitte Anzahl der Datenblätter benennen \_\_\_\_

Hinweise/Anmerkungen

Bitte benennen \_\_\_\_\_

### Leistungserbringer (Träger)

Trägertyp

Rechtsform:

Bitte Rechtsform benennen \_\_\_\_\_

Verbandszugehörigkeit:

Bitte Verband benennen \_\_\_\_\_

kein Mitglied in einem Verband

Wir/Ich erkläre(n) uns/mich damit einverstanden, dass die gemäß unserer/meiner Einverständniserklärung bzw./und die als Anlage beigefügten Datenblätter zur Beschreibung unseres/meines Leistungsangebotes für eine Veröffentlichung im Internetportal des PflegeNetz Sachsen verwendet werden dürfen.

Die von mir/uns gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Sofern sich unsere/meine Kontaktdaten ändern, teile ich/ teilen wir dies der unten stehenden Adresse mit.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen in schriftlicher Form gegenüber dem Landratsamt Mittelsachsen, Abteilung Soziales, Pflegekoordination, Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg, widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift des Vertreters des Leistungsangebotes

**Bitte zurücksenden an:**

Landratsamt Mittelsachsen  
Abteilung Soziales  
Pflegekoordinatorin  
Frau Susanne Finck  
Frauensteiner Straße 43  
09599 Freiberg