



Interessenbekundung für Netzwerkpartner

zur Mitwirkung an einer Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz

Projekttitle:

Name des Kooperationspartners/Anschrift:
(Ort, Telefon, Fax, E-Mail,
- bitte nur funktionsbezogene Daten einfügen -)

Vorstellung der Institution, Rechtsform, Arbeitsgebiet, Zahl der Beschäftigten:

Begründung zur Teilnahme bzw. Erläuterung des Interesses am geplanten Vorhaben:

Darstellung des Nutzens der Netzwerkarbeit für den Kooperationspartner:

Inhalte/Leistungen im Rahmen der Netzwerkarbeit:

Ort, Datum

Name(n) des/der Unterzeichnenden, rechtsverbindliche Unterschrift(en)