

Bitte füllen Sie in dem Formular alle Datenfelder aus, insbesondere Name und Adresse. Ohne diese Angaben können wir ihren Antrag nicht bearbeiten.

Aufnahme ins Netzwerk von SternenEltern Saarland e.V

Firma/Verein/Selbsthilfegruppe: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Um Sie in unserem Netzwerk besser zuordnen zu können und auch Betroffenen eine schnellere Übersicht zu ermöglichen, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Wir sind:

- Krankenhaus
 - Arztpraxis / Fachrichtung _____
 - Hebamme
 - Doula
 - Sozialdienst/Seelsorge
 - Bestattungsinstitut
 - Fotograf
 - Trauerbegleiter
 - Selbsthilfegruppe
 - Verein für _____
 - Sonstiges _____
-

Wir haben folgenden Schwerpunkt

- Fehlgeburten
- Totgeburten
- Med. Schwangerschaftsabbruch
- Plötzlicher Kindstod
- Hospiz-/Palliativdienst
- Beratung
- Akutbegleitung
- _____
- Wir haben keinen Schwerpunkt

Datum / Ort

Unterschrift

Bitte unterschrieben zurücksenden an:

SternenEltern Saarland e.V.
Humesstraße 8
66793 Saarwellingen

oder per E- Mail an: verein@sternenelternsaarland.de

Gerne dürfen Sie ein Logo mit senden.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!

Ihr SternenEltern Saarland Team