



Zorgcoöperatie Zuid-Limburg
Samen instaan voor de juiste begeleiding

Inschrijfformulier aspirant-lid Zorgcoöperatie Zuid-Limburg

Naam organisatie					
Vestigingsadres					
Postadres					
Bestuurder(s)/Directie					
Naam contactpersoon					
Functie contactpersoon					
Telefoonnummer contactpersoon					
e-mailadres contactpersoon					
Aantal arrangementen WMO Maastricht per 1-7-2021 BI	0-2 uur	2-4 uur	4-8 uur	8-13 uur	13-25 uur
Aantal arrangementen WMO Maastricht per 1-7-2021 BG	0-2 dd	2-4 dd	4-6 dd	6-9 dd	

- 0 Ik ga ermee akkoord dat de naam en logo van de organisatie op de site van Zorgcoöperatie Zuid Limburg wordt geplaatst (indien akkoord graag het logo mailen naar info@zorgcooperatiezuid limburg.nl)
- 0 Ik bevestig dat de ondertekening is gedaan door een daartoe bevoegd persoon volgens de inschrijving in de Kamer van Koophandel.

Naam	
Functie	
Datum	
Plaats	
Handtekening	