

Anforderungsprofil für Pflegehilfskräfte

Rücksendung per Fax an: 040/228 679 309

von

Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Webseite:

Ansprechpartner:

Telefon:

1. Art der Einrichtung

Klinik/Krankenhaus

Fachklinik Richtung:

Reha-Klinik Richtung:

Seniorenheim

Pflegeheim

Hospiz

Ambulanter Pflegedienst

Andere:

Anzahl der Beschäftigten:

2. Anzahl der benötigten Pflegehilfskräfte:

3. Einsatzbereich/Abteilung(en) innerhalb der Einrichtung:

