

## Anlage 1 Mitreisende

Füllen Sie bitte für alle Mitreisenden **Anlage 1** aus. Falls eine Beeinträchtigung und oder Pflegegrad bei Ihnen oder Mitreisenden vorhanden ist, füllen Sie bitte zusätzlich jeweils **Anlage 2** aus

Anrede

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Beeinträchtigung vorhanden\*

 Ja Nein

Anrede

Geburtsdatum

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Beeinträchtigung vorhanden\*

 Ja Nein

\*Bitte entsprechendes ankreuzen/markieren

Lisa Karsten  
lisa.karsten@barrierefrei-reisen.eu  
0175 6468537

Christian Schade  
cs.pflege@yahoo.com  
01573 0028862

Cs-pflege.care  
Süderstraße 3  
25767 Albersdorf

Hamburger Volksbank  
DE04 2019 0003 0012 1902 09  
Finanzamt Dithmarschen  
46/209/019868