

ADRESSE INSTITUTION

Name der Institution

Strasse

Postleitzahl/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Name und Adresse von eventuellen Zweigstellen

KURZBESCHREIBUNG INSTITUTION

Name und Adresse der Trägerschaft

Leiter/in, verantwortliche Person

Gründungsjahr

Anzahl Plätze (gesamte Institution)

Art der Institution (Wohn- oder Schulheim, Beschäftigungsstätte, Werkstatt etc.)

Artikel der Stiftungsurkunde oder Vereinsstatuten mit kurzer Angabe des Zweckes

Art der Behinderungen

Ist Ihre Institution von der IV als beitragsberechtigt anerkannt?

Ja **Nein**

Sind von Ihnen betreute Menschen von der IV als beitragsberechtigt anerkannt?

Ist Ihre Institution Mitglied der INSOS Soziale Institutionen für Menschen mit Behinderung Schweiz?

Mitgliedschaft der Vereinigung Agogis mit Anrecht auf alle Informationen, Teilnahme an Tagungen, Veranstaltungen, Inanspruchnahme der Dienstleistungen von Agogis INSOS W&O (Beratungen, Organisationsentwicklungen, QMS, Teilnahme an Kursen, Lehrgängen etc.) und als Ausbildungsinstitution für die Berufsausbildung

DER/DIE UNTERZEICHNENDE ERKLÄRT HIERMIT DEN BEITRITT ZU AGOGIS.

Ort/Datum

Unterschrift, Stempel der Institution

ZUSATZINFORMATIONEN

Anzahl gewünschter Mitteilungen pro Versand an die Adresse der Hauptinstitution	
Anzahl gewünschter W&O Jahresprogramme pro Versand an die Hauptinstitution	
Kein Mitgliederversand an die Hauptinstitution	<input type="checkbox"/>

Teilbereiche/Zweigstellen

Name der Institution			
Strasse		Postleitzahl/Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	
Leiter/in, verantwortliche Person	Anzahl Plätze		

Teilbereiche/Zweigstellen

Name der Institution			
Strasse		Postleitzahl/Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	
Leiter/in, verantwortliche Person	Anzahl Plätze		

Teilbereiche/Zweigstellen

Name der Institution			
Strasse		Postleitzahl/Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	
Leiter/in, verantwortliche Person	Anzahl Plätze		