

EGYÜTTMŰKÖDÉSI MEGÁLLAPODÁS

Amely létrejött _____ -n, 20_____. _____ hó _____ napján,
határozott időre, **egy év időtartamra az NM rend. 8. § (5) bekezdése szerint.**

A megállapodás kötötték:

A szolgáltatást igénybe vevő adatai:

Név: _____ Születési név: _____

Anyja neve: _____ Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____ Telefonszám: _____

A legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő) adatai:

Az esetkezelést végző családsegítő:

Név: _____ Címe: _____

Telefonszáma, egyéb elérhetősége: _____

Kmf.

kliens

családsegítő

A segítő folyamat lezárásának időpontja: _____

Az együttműködési megállapodás egy példányát átvettem.

aláírás