

## Teilnahmebedingungen: Tagesaktionen und Kurse

### Anmeldung

Die Anmeldung bitte ausfüllen. Dann bei uns abgeben oder mit der Post schicken oder faxen.

Wir sagen dann Bescheid, ob Sie an der Tagesaktion / dem Kurs teilnehmen können.

Wir sagen auch Bescheid, wenn Sie auf der Warteliste stehen. Wird ein Platz frei, rufen wir an. Sie können dann sagen, ob Sie teilnehmen wollen oder nicht.

Wenn eine Tagesaktion oder ein Kurs abgesagt werden muss, sagen wir sobald wie möglich Bescheid.

Sachkosten / Gesamtkosten laut Ausschreibung

Die Gebühr bitte zur Veranstaltung in bar mitbringen.

### Absage

Wenn Sie nicht teilnehmen können, bitte sobald wie möglich absagen. Kann jemand von der Warteliste teilnehmen, entstehen für Sie keine Kosten.

Sonst müssen Sie die bereits entstandenen Kosten zahlen.

Bei unentschuldigtem Fehlen müssen Sie zusätzlich eine Gebühr von 20 € zahlen.

**Am Tag der Aktion unter folgender Nummer zu erreichen:**

**0176 345 359 73**

OBA des INTEGRAL e.V.

Ulmenstraße 24

90443 Nürnberg

Tel: 0911-480 41 293

Fax: 0911-940 19 59

## Gemeinsam Kochen



**14. Februar 2026**

Gefördert durch:



*Uns ist niemand*  
**INTEGRAL**<sup>e.V.</sup>

Hallo liebe Interessierte,  
Wir kochen gemeinsam.

Gemeinsam bereiten wir  
verschiedene Speisen zu.

Finger-Food Gerichte,  
Snacks für Feiern und Partys oder  
den gemütlichen Abend Zuhause.

In kleinen Gruppen bereiten wir  
das Essen zu.

Danach essen wir gemeinsam und  
lassen es uns schmecken.

**!! Bitte teile uns vorher mit, ob du  
Allergien oder Unverträglichkeiten  
gegen bestimmte Lebensmittel  
hast.**

Wir freuen uns auf Euch!

Das OBA-Team

## FAKten FAKten FAKten

	Samstag 14.02.2026
	13:00 - 17:00 Uhr
	OBA Integral e.V. Ulmenstraße 24 90443 Nürnberg
	Preis 1*: 10 € Preis 2: 25 €
	Im Preis sind Assistenz, Essen und Getränke enthalten

\* Preis 1 wird (bis auf Sachkosten) direkt mit der Pflegekasse abgerechnet, wenn uns die Abtretungs-erklärung vorliegt.

### Anmeldung: Gemeinsam Kochen

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich nutze:

Rollstuhl  E-Rollstuhl  Rollator

Bitte ankreuzen: Pflegegrad

keinen  1  2  3  4  5

Welche Leistungen stehen Ihnen bei der Pflegekasse zur Verfügung:

keine  Verhinderungspflege

Kurzzeitpflege (umgewandelt)

Entlastungsleistungen

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen und Datenschutzerklärung des INTEGRAL e.V. an. Diese finden Sie auf der Rückseite und auf der Homepage.

Datum / rechtsverbindliche Unterschrift: