

Mitgliedsantrag

Bitte per E-Mail oder Post senden

Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V.
Große Klosterstraße 3,
39104 Magdeburg

Hiermit beantragt der/die Unterzeichner/-in unter ausdrücklicher Anerkennung der Satzung des **Landesverbandes Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V.** die Aufnahme des von ihm/ihr vertretenen Unternehmens als:

☐ Ordentliches Mitglied

☐ Anwartschaft (maximal 1 Jahr)

Unternehmen: _____
Name lt. Handelsregistereintrag

Adresse: _____

Ort: _____ PLZ: _____

Telefon, Mobil: _____ / _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechnungs-E-Mail: _____

Homepage: _____

Eröffnung der
Einrichtung: _____

IK: _____

Inhaber / Geschäftsführung (Vertretungsberechtigt)

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsdatum: _____

Ansprechpartner im Unternehmen für den LVHKP

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ / _____

E-Mail: _____

Gewünschter Beginn der Mitgliedschaft:

ab sofort

zum: _____

Art der Einrichtung ankreuzen!

Name jeder weiteren Einrichtung:	Anschrift, Telefon, E-Mail; Eröffnung der Einrichtung, IK:	PD ¹	TP ²	PH ³	WF ⁴	BD ⁵
		☐	☐	☐	☐	☐

- 1.Ambulanter Pflegedienst
2.Tagespflege (Teilstationär)
3.Pflegeheim (Vollstationär)
4.Wohnformen gem. WTG
5.Betreuungsdienste

Der/die Unterzeichner/-in versichert die Richtigkeit der gemachten Angaben und bestätigt, die Satzung sowie die Beitragsordnung des Landesverbandes Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V. erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Vorname und Nachname
(Bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift/ Stempel

Vorstandsbeschluss vom:

Ort/Datum

Unterschrift Vorstand

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V. widerruflich, die Aufnahmegebühr und die nach der Finanz- und Beitragsordnung anfallenden Mitgliedsbeiträge von folgendem Konto einzuziehen:

Einrichtung: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Ich ermächtige den Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V. widerruflich, die Aufnahmegebühr und die nach der Finanz- und Beitragsordnung anfallenden Mitgliedsbeiträge von folgendem Konto einzuziehen:

Einrichtung: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Ich ermächtige den Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V. widerruflich, die Aufnahmegebühr und die nach der Finanz- und Beitragsordnung anfallenden Mitgliedsbeiträge von folgendem Konto einzuziehen:

Einrichtung: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers