


Pflegeeinrichtung im DBfK Nordwest e.V.

Pflegeeinrichtung – Bitte nutzen Sie für jede Pflegeeinrichtung ein gesondertes Formular!

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsantrag Ich / Wir beantrage/-n hiermit die Mitgliedschaft unserer Pflegeeinrichtung im DBfK Nordwest e.V. | Beginn der Mitgliedschaft der u. g. Pflegeeinrichtung: | Gründungsdatum der u. g. Pflegeeinrichtung: |
| <input type="checkbox"/> Änderungsmitteilung | Institutionskennzeichen(IK) der u. g. Pflegeeinrichtung: | |

Mitgliedsbeitrag
 Der monatliche Mitgliedsbeitrag wird quartalsweise, jeweils zur Mitte eines Quartals, gemeinsam mit dem Beitrag zur persönlichen Mitgliedschaft erhoben. Die Höhe des derzeitigen Mitgliedsbeitrags für die Pflegeeinrichtung ist der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen.

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Bremen 89,- € / 69,- € ¹ <input type="checkbox"/> Hamburg 89,- € / 69,- € ¹ <input type="checkbox"/> Niedersachsen ¹ 89,- € <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen ² 89,- € <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein ² 89,- € | <input type="checkbox"/> Teilstationäre Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) <input type="checkbox"/> Bremen 29,- € <input type="checkbox"/> Hamburg 29,- € <input type="checkbox"/> Niedersachsen 29,- € <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen 29,- € <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein 29,- € |  <p>DBfK Stark für Pflegeunternehmer/innen www.dbfk-unternehmer.de DBfK Nordwest e.V. – Bödekerstraße 56 – 30161 Hannover Telefon 0511 696844-150 – Telefax 0511 696844-250 nordwest@dbfk-unternehmer.de - www.dbfk-unternehmer.de</p> |
|---|--|---|

Unternehmensform:

| | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen | <input type="checkbox"/> GmbH | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> GbR | <input type="checkbox"/> UG | |
| <input type="checkbox"/> AG | <input type="checkbox"/> Verein | |

Name der Pflegeeinrichtung:

vertreten durch (Gesellschafter, Geschäftsführer, Inhaber, Vorstand):

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

www:

Ort, Datum: Unterschrift/-en:

persönliche Mitgliedschaft – Voraussetzung für die Mitgliedschaft einer Pflegeeinrichtung

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsantrag Ich beantrage hiermit meine persönliche Mitgliedschaft im DBfK Nordwest e.V. | <input type="checkbox"/> Mitglied im DBfK Nordwest e.V. Mitglieds Nr.: Mitglied seit: | <input type="checkbox"/> Antrag- Fördermitgliedschaft² Ich beantrage hiermit meine Fördermitgliedschaft im DBfK Nordwest e.V. |
|---|---|--|

Name, Vorname:

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort:

Berufsausbildung (außer bei Fördermitgliedschaft): Geburtsdatum:

Mitgliedsbeitrag
 Der monatliche Mitgliedsbeitrag von derzeit 21,- € wird quartalsweise, jeweils zur Mitte eines Quartals, gemeinsam mit dem Beitrag zur Mitgliedschaft der Pflegeeinrichtung erhoben.

Ort, Datum: Unterschrift:

SEPA-Lastschrift

IBAN: BIC:

Bank: Kontoinhaber:

Der Mitgliedsbeitrag soll per SEPA-Lastschrift vom o.g. Bankkonto eingezogen werden.
 Im SEPA-Lastschriftverfahren ist ein unterzeichnetes SEPA-Lastschriftmandat notwendig, dieses wird Ihnen per Post zugesandt.

1 im 1. Jahr der Mitgliedschaft 69,- € / Monat, ab dem 2. Jahr der Mitgliedschaft 89,- € / Monat
 2 gemäß § 5 Abs. 3 und § 8 Abs. 3 der Satzung des Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.