IPV-ambulanter Intensivpflegeverband Deutschland e. V.

Intensivpflegeverband Deutschland e.V.

Ich möchte Mitglied werden ab: _____
Monat/Jahr

Daten:

_____
Name/Firma incl. Rechtsform

_____
Titel/ Vorname/Name

_____
Straße/Hausnummer

_____
PLZ Wohnort

_____
Geburtsdatum

_____
Telefon

_____
Email

_____
Staatsangehörigkeit

_____
Handelsregister Nr.

_____
Vertretungsberechtigt

- Anzahl der Betten _____
- Anzahl der Patienten _____
- Mitarbeiter (nach Köpfen) _____
- Mitarbeiter (VZ umgerechnet) _____
- Mitarbeiter sozialversicherungspflichtig beschäftigt _____
- Mitarbeiter examiniert FKP KP AP
  _____ _____ _____
- Mitarbeiter sonstige _____
- Interne Qualitätsrichtlinien vorhanden Ja ◯ Nein ◯
- Anzahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften _____
- Anzahl der Mietobjekte _____
- Anzahl der Immobilien und Bestand _____
- Derzeitige Verbandszugehörigkeit _____
- IK-Nummer _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir bevollmächtige(n) den IPV den Mitglieds-Beitrag von derzeit 200€ pro Monat in monatlichen/halbjährlichen (2,5% Skonto)/jährlichen (5% Skonto) Raten von meinem/unserem Konto bis auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Name des Geldinstitutes _____

BIC _____

IBAN _____

Name Kontoinhaber/in _____

_____
Datum/Unterschrift Kontoinhaber/in

Datenschutz: Ich erkläre mich gemäß BDSG (u.a. § 4a Abs. 1 und 3) einverstanden, dass meine Beschäftigungs- und Mitgliedschaftsverhältnis betreffenden Daten, deren Änderungen und Ergänzungen, im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Mitgliedschaft und der Wahrnehmung von Aufgaben elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

_____
Datum/Unterschrift