

LVHKP Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname / Firma: _____
(ggf.) Geschäftsführer: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____

1. Ich **beantrage** die Aufnahme in den Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V. als

- ☐ Ordentliches Mitglied
☐ Anwartschaft (maximal 1 Jahr)

Ich bin:

- ☐ Betreiber einer im Bundesland Sachsen-Anhalt gelegenen Einrichtung mit eigenem Institutskennzeichen (IK-Nummer) der
- ☐ ambulanten, der teilstationären oder der vollstationären Pflege
 - ☐ häuslichen Krankenpflege, ggfs. mit Haushaltshilfe
 - ☐ der ambulanten Betreuung von Wohnformen (betreutes Wohnen allein oder in Wohngruppen, Service-Wohnen etc.)
 - ☐ der Intensivpflege
 - ☐ Gesellschafter einer bereits als ordentliches Mitglied des LVHKP geführten juristischen Person oder Personengesellschaft
 - ☐ als stiller Gesellschafter an einer der vorgenannten Einrichtungen beteiligt
 - ☐ Fördermitglied

2. Angaben zur Einrichtung

Firmenname: _____
Name, Vorname (Inh./GF): _____ geb. _____
Qualifikation/Berufsausbildung: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, Telefax, Mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____
Homepage: _____
Eröffnung der Einrichtung: _____
Institutskennzeichen (IK): _____
Kassenzulassung (SGB V) seit: _____
bei ☐ AOK/IKK, ☐ Vdek, ☐ BKK, ☐ Bundesknappschaft
Landesverbände der Pflegekassen (SGB XI) seit: _____

Anzahl examinierte Mitarbeiter*innen: _____

Anzahl sonstige Mitarbeiter*innen: _____



Pflegedienstleitung Name, Vorname: _____ geb. _____

Qualifikation: _____

Stellv. Pflegedienstleitung Name, Vorname: _____ geb. _____

Qualifikation: _____

- ☐ Ich betreibe _____ weitere Einrichtungen im oben genannten Sinne
- ☐ In einer der von mir betriebenen Einrichtungen werden Leistungen im Zusammenhang mit einer ambulant betreuten Wohnform (betreutes Wohnen allein oder in Wohngruppen, Service-Wohnen etc.) erbracht

3. Ich beantrage die Aufnahme:

- ☐ ab sofort
- ☐ mit Wirkung zum _____

4. Ich bekenne mich zu den Zielsetzungen und Zwecken des Vereins und erkenne die Satzung und die Finanz- und Beitragsordnung des Vereins an.

Ort, Datum Unterschrift

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:

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Über den Antrag entscheidet der Vorstand. Die erfolgte Aufnahme wird schriftlich bestätigt.

Die Mitgliedschaft beginnt am: _____ als

- ☐ ordentliches Mitglied
- ☐ Fördermitglied
- ☐ Anwartschaft (maximal 1 Jahr)

Mitgliedsnummer: _____

Vorstandsbeschluss vom:

Unterschriften

