

## Antrag auf Mitgliedschaft

**Hiermit beantragen wir die Mitgliedschaft im Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg e. V.**

Wir stimmen den Grundsätzen und Zielen des Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg e.V. zu, wie sie in der Satzung festgelegt sind und möchten durch unsere Mitgliedschaft die Arbeit des Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg e.V. stärken.

**Adresse unserer Einrichtung:**

---

---

---

Wir stimmen der Veröffentlichung unserer Postadresse und Telefonnummer unter [www.hpvbw.de](http://www.hpvbw.de) zu:

ja  nein

Wir stimmen der Nutzung der E-Mailadresse ..... (Bitte nur 1 Adresse für Ihre Einrichtung) für die Zusendung der Mitgliedspost zu:

ja  nein

**Ansprechpartner/in:** \_\_\_\_\_

**Kurze Beschreibung, der Arbeitsweise der Gruppe/Organisation:**

---

---

**Folgende Anlagen werden dem Antrag beigelegt:**

Informationsmaterial (Faltblatt, Jahresbericht, Leitbild etc.); Satzung

**oder:** Wir sind im Aufbau./Unterlagen über unsere Arbeit reichen wir nach bis zum .....

Wir verpflichten uns zur Zahlung des jährlichen Beitrags\* gemäß der in der Mitgliederversammlung festgelegten Höhe zum in der Satzung vereinbarten Zeitpunkt.

Dieser beträgt derzeit € \_\_\_\_\_

*Bitte zutreffendes ankreuzen:*

- Der Mitgliedsbeitrag wird durch Bankeinzug bezahlt (SEPA-Lastschriftmandat beigelegt).
- Um eine jährliche Rechnung an o.g. Adresse wird gebeten.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Verantwortlich / bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

**Datenschutz:**

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass vorstehende Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert werden. Die überlassenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Vereinszwecke verwendet.

Ich/wir kann/können Teile dieser Erklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise beim Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg e.V. widerrufen.

Aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist, werden meine/unsere Daten über die Beendigung meiner/unsere Mitgliedschaft hinaus für 10 Jahre archiviert, um danach sach- und fachgerecht gelöscht bzw. vernichtet zu werden.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

Datum: .....Unterschrift/en: .....

## Beitragsordnung

\* Der festgelegte Jahresbeitrag beträgt derzeit für

- ambulante Hospizdienste, die Förderung nach §39a SGB V beziehen: 350,00 €
- ambulante Hospizdienste ohne Förderung: 200,00 €
- sonstige Organisationen (z.B. Brückenpflegen): 300,00 €
- Stationäre Hospize mit weniger als 7 Betten (Mindestbeitrag): 575,00 €
- Stationäre Hospize mit 7 und mehr Betten: 90,00 € pro Bett
- Trägerorganisationen: 500,00 €

*(Geändert auf der 21. Mitgliederversammlung in Stuttgart am 13.06.2016.)*