

Netzwerk Versorgungskontinuität  
in der Region Osnabrück e.V.  
c/o Hochschule Osnabrück  
Nicole Egbert  
Caprivistraße 30a  
49076 Osnabrück

## Beitrittserklärung

Wir beantragen die Mitgliedschaft als:

Einrichtungstyp	Jährlicher Beitrag	Bitte ankreuzen
Krankenhäuser/Rehabilitationskliniken mit weniger als 150 Betten	60 €	<input type="checkbox"/>
Krankenhäuser/Rehabilitationskliniken mit 150-500 Betten	85 €	<input type="checkbox"/>
Krankenhäuser/Rehabilitationskliniken mit mehr als 500 Betten	110 €	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste mit weniger als 20 Mitarbeitern	30 €	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste mit mehr als 20 Mitarbeitern	60 €	<input type="checkbox"/>
Voll-, Teilzeit- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit weniger als 50 Plätzen	60 €	<input type="checkbox"/>
Voll-, Teilzeit- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 50-150 Plätzen	85 €	<input type="checkbox"/>
Voll-, Teilzeit- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit mehr als 150 Plätzen	110 €	<input type="checkbox"/>
Wissenschaftliche Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Beratungsdienstleister, Home Care Unternehmen, Apotheken, Krankenkassen, Sanitätshäuser und sonstige Firmen der Gesundheitsbranche	45 €	<input type="checkbox"/>
Außerordentliche Mitglieder	60 €	<input type="checkbox"/>
Einzelpersonen	15 €	<input type="checkbox"/>
Fördernde Mitglieder	.....€	<input type="checkbox"/>

Institution:	Stimmberechtigter Vertreter der Institution:
Name der Institution:	Akadem. Titel:
Straße:	Name:
PLZ, Ort:	Vorname:
Telefon:	Geburtsdatum:
E-Mail:	Straße:
	PLZ, Ort:
	Telefon:
	E-Mail:

Das Mitglied erklärt sich durch seinen Beitritt damit einverstanden, dass seine personenbezogenen Daten elektronisch erfasst und auf Anfrage in Form eines vollständigen Mitgliederverzeichnisses an das anfragende Mitglied versendet werden. Auf Verlangen eines jeden Mitgliedes unterbleibt die Weitergabe der eigenen Daten.

Das Mitglied erklärt sich damit einverstanden, dass alle rechtsverbindlichen Erklärungen, insbesondere auch die Einladungen zu den Mitgliederversammlungen, in elektronischer Form akzeptiert werden. Sie sollen an die bereits genannte E-Mail-Adresse gesandt werden. Änderungen werden dem Verein mitgeteilt.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtigen wir den Verein Netzwerk Versorgungskontinuität in der Region Osnabrück e.V. widerruflich, die Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten unseres Kontos

Nr.: \_\_\_\_\_ bei (Name des Kreditinstituts): \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

---

Ort, Datum

Unterschrift