# IPV-ambulanter 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 vereinbarten Mitglieds-Beitrag (derzeit jährlich 3.360,00 €) in monatlichen/halbjährlichen/jährlichen 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 Mitgliedschafts-verhältnis 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 Bundesdatenschutz-gesetzes in der jeweiligen Fassung.

_____
Datum/Unterschrift