

Deutschland e. V.

Monat/Jahr



## Name/Firma incl. Rechtsform

Ververtretungsberechtigt

- 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 \_\_\_\_\_

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.

Datum/Unterschrift Kontoinhaber/in

Datum/Unterschrift