

Antrag auf Mitgliedschaft im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Einzelperson (natürliche Person)
Name:
Vorname:
ggf. Titel:
Straße, PLZ, Ort:
E-Mail:
Tel.:

Ich unterstütze das APS als **ordentliches Mitglied**.
Der Jahresbeitrag beträgt 85,00 €.

oder

Ich unterstütze das APS als **Fördermitglied**
mit einem Jahresbeitrag i. H. v.
(mind. 170,00 €) _____ €

* 35,00 Euro für Auszubildende, Studenten, Rentner und Arbeitslose bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung.

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrags erfolgt per:

- SEPA-Lastschrift (bitte Folgeseite ausfüllen)
- oder
- Überweisung nach Rechnungslegung

Institution/Organisation/Unternehmen (juristische Person)
Name Institution/Organisation/Unternehmen:
vertreten durch (Titel, Vorname, Name):
Position:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.
E-Mail:

Wir unterstützen das APS als **ordentliches Mitglied**.
Der Jahresbeitrag beträgt 500,00 €

oder

Wir unterstützen das APS als **Fördermitglied**
mit einem Jahresbeitrag i.H.v.
(mind. 1.000,00 €) _____ €

oder

Wir unterstützen das APS als **Premiumpartner**
mit einem Jahresbeitrag i.H.v.
(mind. 5.000,00 €) _____ €

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins, insbesondere der Kodex für die Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen sowie die Lizenzvereinbarung zur Nutzung des APS-Logos. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten - wie oben - gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. f EU- Datenschutz-Grundverordnung einverstanden. Die Daten werden nur zu Mitgliedschaftszwecken genutzt und verarbeitet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / bei juristischen Personen zusätzlich Stempel