

Antrag auf Mitgliedschaft im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

| |
|---|
| Ich möchte das APS als EINZELPERSON (natürliche Person) unterstützen |
| Name: |
| Vorname: |
| ggf. Titel: |
| Straße |
| PLZ, Ort |
| E-Mail: |
| Tel.: |

BITTE AUSWÄHLEN:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. 85,00 €*. |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft als Fördermitglied mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. (mind. 170,00 €): Euro (bitte Beitrag eintragen) |

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

BITTE AUSWÄHLEN:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Beitragszahlung per Überweisung nach Rechnungserhalt |
| <input type="checkbox"/> Beitragszahlung per SEPA-Lastschrift nach Rechnungserhalt (bitte SEPA-Formular ausfüllen) |

| |
|--|
| Wir möchten das APS als INSTITUTION / UNTERNEHMEN unterstützen (institutionelle Mitgliedschaft) |
| Name der Institution / des Unternehmens: |
| Postanschrift: |
| Rechnungsanschrift (falls abweichend): |

Stimmberechtigte Vertretung (APS-Hauptkontakt) durch:

| |
|-----------------|
| Name: |
| Vorname: |
| ggf. Titel: |
| E-Mail-Adresse: |
| Tel.: |

BITTE AUSWÄHLEN:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. 500,00 €. |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft als Fördermitglied mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. (mind. 1.000,00 €): Euro (bitte Beitrag eintragen) |

BITTE AUSWÄHLEN:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Beitragszahlung per Überweisung nach Rechnungserhalt |
| <input type="checkbox"/> Beitragszahlung per SEPA-Lastschrift nach Rechnungserhalt (bitte SEPA-Formular ausfüllen) |

OPTIONAL:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Das APS darf unseren Beitritt über seine sozialen Netzwerke bekannt geben. |
|---|

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

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag per E-Mail, Fax oder Post an:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin, Fax-Nr. +49 (0)30 3642 816 11, info@aps-ev.de