

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

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

Geburtstag:
Beruf:

### BITTE AUSWÄHLEN:

- Mitgliedschaft als **ordentliches** Mitglied mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. 100,00 €\*.
- Mitgliedschaft als **Fördermitglied** mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. (mind. 200,00 €):

..... Euro (bitte Beitrag eintragen)

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

**Der Mitgliedsbeitrag ist per Lastschrift zu zahlen. Bitte erteilen Sie uns eine Einzugsermächtigung anhand des angehängten SEPA-Formulars.**

Wir möchten das APS als <b>INSTITUTION / UNTERNEHMEN</b> 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:

- Mitgliedschaft als **ordentliches** Mitglied mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. 575,00 €.
- Mitgliedschaft als **Fördermitglied** mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. (mind. 1.150,00 €):
- ..... Euro (bitte Beitrag eintragen)
- Mitgliedschaft als **Premiummitglied** mit einem Jahresbeitrag (Kalenderjahr) i.H.v. (mind. 5.000,00 €):
- ..... Euro (bitte Beitrag eintragen)

### BITTE AUSWÄHLEN:

- Beitragszahlung per **Überweisung** nach Rechnungserhalt
- Beitragszahlung per **SEPA-Lastschrift** nach Rechnungserhalt (bitte SEPA-Formular ausfüllen)

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