

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.
Mitglied im Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V.



**Antrag auf Mitgliedschaft
im Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.**

Die mit einem Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder gemäß EU-DSGVO, die zur Bearbeitung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erforderlich sind. Die übrigen Angaben sind freiwillig und werden in Übereinstimmung mit der EU-DSGVO ausschließlich für Vereinszwecke verwendet.

Seine Mitgliedschaft zum LVHP Sachsen e.V. beantragt:

NATÜRLICHE PERSON

Name, Vorname* _____
Anschrift* _____
Telefon/Fax* _____
eMail* _____

JURISTISCHE PERSON

Ambulante Dienste:
 Gefördert nach § 39a SGB V
 Im Aufbau befindend, ohne Förderung nach § 39 a SGB V
 SAPV Dienst
Stationäre Dienste / Palliativstationen: (bettenführende Einrichtung)
 Stationäre Einrichtung
 Palliativstation

Sonstige Einrichtung:

Einrichtung* _____
Träger* _____
Anschrift* _____
Telefon/Fax* _____
eMail* _____
Ansprechpartner* _____

Träger:

Träger mit _____ Einrichtungen / Niederlassungen / Betriebsstätten

Träger* _____
Anschrift* _____
Telefon/Fax* _____
eMail* _____
Ansprechpartner* _____

➔ Zugehörige Einrichtungen / Niederlassungen / Betriebsstätten:

Einrichtung* _____
Anschrift* _____
Telefon/Fax* _____
Email* _____
Ansprechpartner _____
Ggf. gesondertes Dokument verwenden.

FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Name* _____
Anschrift* _____
Telefon/Fax _____
eMail* _____
Ansprechpartner _____

Mit der Mitgliedschaft werden Satzung und Beitragsordnung des Landesverbandes für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. sowie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. (DHPV e.V.) in seiner jeweils gültigen Fassung anerkannt, da mit der Mitgliedschaft im LVHP Sachsen e.V. auch gleichzeitig eine mittelbare Mitgliedschaft im DHPV e.V. besteht.

Jedes Mitglied führt sowohl einen Mitgliedsbeitrag an den LVHP Sachsen e.V. wie auch an den DHPV e.V. ab. Die Beitragsordnung des DHPV e.V. ist die Grundlage für die Berechnung. Jährlich wird hierfür eine Mitgliederstatistik erhoben, um den Beitrag für den DHPV e.V. zu berechnen. Unser Verein ist verpflichtet, folgende mitgliedsbezogenen Daten an den DHPV e.V. zu übermitteln: Name, Einrichtung, Träger, Mitgliederzahlen, Mitarbeiterzahlen, Anzahl Betten. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden. Die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages erfolgt per Rechnungslegung.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung o.g. personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Auftragnehmer ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Weiterhin versichert der Antragsteller mit seiner Unterschrift, dass zum Zeitpunkt der Antragstellung keine juristischen Verfahren anhängig sind.

Die Mitgliedschaft wird beantragt ab dem: _____ (Datum)

Ort/Datum/Unterschrift* _____