

## Pflegeeinrichtung im DBfK Nordwest e.V.

**Pflegeeinrichtung – Bitte nutzen Sie für jede Pflegeeinrichtung ein gesondertes Formular!**

<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedsantrag</b> Ich / Wir beantrage/-n hiermit die Mitgliedschaft unserer Pflegeeinrichtung im DBfK Nordwest e.V.	Beginn der Mitgliedschaft der u. g. Pflegeeinrichtung:	Gründungsdatum der u. g. Pflegeeinrichtung:
<input type="checkbox"/> <b>Änderungsmitteilung</b>	Institutionskennzeichen(IK) der u. g. Pflegeeinrichtung:	

**Mitgliedsbeitrag**  
 Der monatliche Mitgliedsbeitrag wird quartalsweise, jeweils zur Mitte eines Quartals, gemeinsam mit dem Beitrag zur persönlichen Mitgliedschaft erhoben. Die Höhe des derzeitigen Mitgliedsbeitrags für die Pflegeeinrichtung ist der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen.

<input type="checkbox"/> <b>Ambulanter Pflegedienst</b> <input type="checkbox"/> <b>Pflegeberatungsunternehmen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Teilstationäre Einrichtung</b> (Tages- oder Nachtpflege)	<b>Stark für Pflegeunternehmer/innen</b> <a href="http://www.dbfk-unternehmer.de">www.dbfk-unternehmer.de</a> DBfK Nordwest e.V. – Bödekerstraße 56 – 30161 Hannover Telefon 0511 696844-150 – Telefax 0511 696844-250 nordwest@dbfk-unternehmer.de - www.dbfk-unternehmer.de																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Bremen</td><td style="text-align: right;">109,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hamburg</td><td style="text-align: right;">109,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Niedersachsen</td><td style="text-align: right;">109,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen</td><td style="text-align: right;">109,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein</td><td style="text-align: right;">109,- €</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bremen		109,- €	<input type="checkbox"/> Hamburg	109,- €	<input type="checkbox"/> Niedersachsen	109,- €	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	109,- €	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein	109,- €	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Bremen</td><td style="text-align: right;">29,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hamburg</td><td style="text-align: right;">29,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Niedersachsen</td><td style="text-align: right;">29,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen</td><td style="text-align: right;">29,- €</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein</td><td style="text-align: right;">29,- €</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bremen	29,- €	<input type="checkbox"/> Hamburg	29,- €	<input type="checkbox"/> Niedersachsen	29,- €	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	29,- €	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/> Bremen	109,- €																				
<input type="checkbox"/> Hamburg	109,- €																				
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	109,- €																				
<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	109,- €																				
<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein	109,- €																				
<input type="checkbox"/> Bremen	29,- €																				
<input type="checkbox"/> Hamburg	29,- €																				
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	29,- €																				
<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	29,- €																				
<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein	29,- €																				

Unternehmensform:

<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GbR	<input type="checkbox"/> UG	
<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> Verein	

**Name der Pflegeeinrichtung:**

vertreten durch (Gesellschafter, Geschäftsführer, Inhaber, Vorstand):

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

www:

Ort, Datum: Unterschrift/-en:

### persönliche Mitgliedschaft – Voraussetzung für die Mitgliedschaft einer Pflegeeinrichtung

<input type="checkbox"/> <b>Mitgliedsantrag</b> Ich beantrage hiermit meine persönliche Mitgliedschaft im DBfK Nordwest e.V.	<input type="checkbox"/> <b>Mitglied im DBfK Nordwest e.V.</b> Mitglieds Nr.: <span style="margin-left: 20px;">Mitglied seit:</span>	<input type="checkbox"/> <b>Antrag - Fördermitgliedschaft<sup>1</sup></b> Ich beantrage hiermit meine Fördermitgliedschaft im DBfK Nordwest e.V.
---	---	---

Name, Vorname:

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort:

Berufsausbildung (außer bei Fördermitgliedschaft): Geburtsdatum:

**Mitgliedsbeitrag**  
 Der monatliche Mitgliedsbeitrag von derzeit 21,- € wird quartalsweise, jeweils zur Mitte eines Quartals, gemeinsam mit dem Beitrag zur Mitgliedschaft der Pflegeeinrichtung erhoben.

Ort, Datum: Unterschrift:

### SEPA-Lastschrift

IBAN: BIC:

Bank: Kontoinhaber:

Der Mitgliedsbeitrag soll per SEPA-Lastschrift vom o.g. Bankkonto eingezogen werden.  
 Im SEPA-Lastschriftverfahren ist ein unterzeichnetes SEPA-Lastschriftmandat notwendig, dieses wird Ihnen per Post zugesandt.

<sup>1</sup> gemäß § 5 Abs. 3 und § 8 Abs. 3 der Satzung des Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.