

Hospital at Home e.V. – Beitrittserklärung / Anmeldeformular 2025

Persönliche Angaben

Name / Institution	
Straße, Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

Ich beantrage die Mitgliedschaft als:

- ☐ Aktives Mitglied
 - ✓ Natürliche Person
 - ✓ Jahresbeitrag: 200 €
 - ✓ Stimmberechtigt
 - ✓ Unterstützt aktiv die Vereinsziele

- ☐ Passives Mitglied
 - ✓ Natürliche Person
 - ✓ Jahresbeitrag: mind. 60 € (Spendenbasis)
 - ✓ Nicht stimmberechtigt
 - ✓ Teilnahme an Mitgliederversammlungen und Newsletter

- ☐ Institutionelles Mitglied
 - ✓ Juristische Person / Organisation
 - ✓ Jahresbeitrag: mind 2.000 € (Spendenbasis)
 - ✓ Nicht stimmberechtigt
 - ✓ Teilnahme an Mitgliederversammlungen und Newsletter

Newsletter und Informationen

- ☐ Ich möchte den regelmäßigen Newsletter des Vereins erhalten (Abmeldung jederzeit möglich).

Engagement & Motivation

(nur von **aktiven Mitgliedern** auszufüllen)

Warum möchten Sie aktives Mitglied bei Hospital at Home e.V. werden und wie gedenken Sie, unsere Vereinsziele konkret voranzubringen?

(Bitte in 3-5 Sätzen beschreiben. Beispiele: fachliche Expertise, Netzwerke, Projektidee, zeitliches Engagement, finanzielle oder organisatorische Unterstützung etc.)

Selbstständige Überweisung des 1. Mitgliedsbeitrags

Der Vorstand entscheidet über die Aufnahme, sobald der Mitgliedsbeitrag überwiesen wurde. Für den Fall einer Ablehnung, wird das Geld zurücküberwiesen.

SEPA-Lastschriftmandat ab 2026

Zahlung des Mitgliedsbeitrags per SEPA-Lastschrift:

Ich ermächtige Hospital at Home e.V., Zahlungen ab 2026 von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN	
BIC	
Kontoinhaber/in	
Zu zahlender Betrag	

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen ab dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID des Vereins: [wird vom Verein vergeben]

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Für die Aufnahme verpflichte ich mich den oben angekreuzten Betrag an folgende Bankverbindung zu überweisen. Mit Eingang der Zahlung

Kontoinhaber: Hospital at Home Deutschland e.V.

IBAN: DE16430609671361047300

BIC: GENODEM1GLS

Ort, Datum und Unterschrift

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweise:

- Sie erhalten eine Beitragsquittung unaufgefordert im Folgejahr.
- Die Kündigung der Mitgliedschaft ist jeweils zum Jahresende mit einer Frist von 4 Wochen möglich.
- Für Rückfragen kontaktieren Sie uns gerne unter: info@hah-deutschland.de