

Antragsformular auf Mitgliedschaft

Hospital at Home Deutschland e.V.

Persönliche Angaben

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

Ich beantrage die Mitgliedschaft als:

- Ordentliches Mitglied „Aktives Mitglied“
- Natürliche Person
- Jahresbeitrag: 200 €
- Stimmberrechtigt & Unterstützt aktiv die Vereinsziele

- Passives Mitglied „Unterstützer“
- Natürliche Person
- Jahresbeitrag: 60 €
- Nicht stimmberechtigt

- Institutionelles Mitglied „Förderer“
- Juristische Person / Organisation
- Jahresbeitrag: 2.000 €
- Nicht stimmberechtigt

News-Feed und Informationen

- Ich möchte regelmäßig Neuigkeiten des Vereins via E-Mail erhalten

(Abmeldung jederzeit möglich)

Engagement & Motivation

(nur von **aktiven Mitgliedern** auszufüllen)

Warum möchten Sie aktives Mitglied bei Hospital at Home Deutschland 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.)

Prozess der Aufnahme

1. Antrag auf Mitgliedschaft durch Senden dieses Formulars ausgefüllt an
info@hah-deutschland.com
2. Der Antrag auf Mitgliedschaft wird vom Vorstand geprüft - dieser entscheidet über die Aufnahme. Die Bestätigung wird dann via E-Mail an die antragstellende Person geschickt. Damit tritt die Mitgliedschaft in Kraft.
3. Das neue Mitglied verpflichtet sich bei Aufnahme den entsprechenden Betrag der Mitgliedschaft nach Rechnungsstellung an die darauf genannte Bankverbindung des Vereins zu überweisen.

Ort, Datum und Unterschrift

Ort: _____ Datum: _____

✍ Unterschrift: _____

Hinweise:

- Im Falle einer Spende oder Steuerbefreiung erhalten Sie eine Zuwendungsbestätigung 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.com**