



Aufnahmeantrag

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb. Datum: _____ ☐ weibl. ☐ männl.

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon/Handynr: _____

E-Mail: _____

Beruf / Tätigkeit und Bezug zur Herzinsuffizienz:

Institution: _____

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft Pflegeexperten Herzinsuffizienz e.V. (BAGPH).

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 15€ im Jahr. Diesen werde ich nach Erhalt der Aufnahmebestätigung innerhalb von 4 Wochen auf das Mitgliederkonto überweisen.

Der Antrag ist verbindlich, eine Kündigung ist mit Frist von 3 Monaten zum Ende eines Geschäftsjahres möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, E-Mail) den

anderen Mitgliedern zugänglich sind. Nach Kündigung der Mitgliedschaft werden diese Daten gelöscht.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der BAGPH e.V. an.

☐ Ja, ich möchte bitte der Whatsapp-Gruppe zugefügt werden

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Den ausgefüllten Antrag schicken Sie bitte per Mail an:

info@pflegeexperten-herzinsuffizienz.de