

## Pflegebündnis TechnologieRegion Karlsruhe e.V.

### Mitgliedsantrag als ordentliches Mitglied

Hiermit erkläre ich als vertretungsberechtigte Person meinen Beitritt / den Beitritt unserer Einrichtung zum gemeinnützigen Verein *Pflegebündnis TechnologieRegion Karlsruhe e.V.*, der am 16. Oktober 2015 in Karlsruhe gegründet wurde.

Die aktuelle Satzung und die Beitragsordnung sind mir bekannt.

Der in der Beitragsordnung festgelegte Jahresbeitrag wird von uns fristgerecht beglichen.

Art der Mitgliedschaft	Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/> Natürliche Person .....	100 Euro
Juristische Person aus dem Gesundheitswesen	
<input type="checkbox"/> mit bis zu 15 Vollkräften (Bereich Pflege) .....	150 Euro
<input type="checkbox"/> mit 16 bis 49 Vollkräften (Bereich Pflege) .....	250 Euro
<input type="checkbox"/> mit 50 bis 200 Vollkräften (Bereich Pflege) .....	500 Euro
<input type="checkbox"/> mit über 200 Vollkräften (Bereich Pflege) .....	1.000 Euro
<input type="checkbox"/> Landkreis, Große und Freie Kreisstadt .....	1.000 Euro
<input type="checkbox"/> Gemeinde .....	500 Euro
<input type="checkbox"/> Sonstige juristische Person .....	250 Euro
Vorsteuerabzugsberechtigt      ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Einrichtung:

Straße:

PLZ:                       Ort:

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung und das SEPA-Lastschriftmandat **im Original** an  
 Städtisches Klinikum Karlsruhe Pflegedirektion z.Hd. Frau Wismann Moltkestr.90 76133 Karlsruhe

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats**  
**für den Einzug des Mitgliedsbeitrages**

**Zahlungsempfänger**

Pflegebündnis Technologie Region Karlsruhe e.V.  
c/o Städtisches Klinikum Karlsruhe  
Herr Josef Hug  
Moltkestr. 90  
76133 Karlsruhe

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE36ZZZ00001902073

**Mandatsreferenz** (wird vom Zahlungsempfänger vergeben):

**SEPA Lastschriftmandat:**

Ich / Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Pflegebündnis Technologie Region Karlsruhe e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Pflegebündnis Technologie Region Karlsruhe e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung       Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Anschrift:

IBAN des Zahlungspflichtigen:  
(max. 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort / Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung und das SEPA-Lastschriftmandat **im Original** an  
Städtisches Klinikum Karlsruhe Pflegedirektion z.Hd. Frau Wismann Moltkestr.90 76133 Karlsruhe