



HOME CARE BERLIN E.V.

Beitragsordnung Home Care Berlin e. V.

Verabschiedet durch die Mitgliederversammlung am 06.04.2022

Mitgliedsstatus	Jahresbeitrag
Mitglieder (natürliche Personen) im Angestelltenverhältnis ärztlich tätig	200 €
Mitglieder (natürliche Personen) freiberuflich ärztlich tätig	500 €
Mitglieder (natürliche Personen) pflegerisch oder therapeutisch tätig	60 €
Mitglieder (natürliche Personen) in Teilzeitbeschäftigung/Erwerbslosigkeit/Ruhestand	30 €
Mitglieder (natürliche Personen) in Ausbildung/Studium	0 €
Mitglieder (juristische Personen) Medizinische Versorgungszentren/Gemeinschaftspraxen/ Palliative Care Teams/Apotheken/Krankenhäuser	1000 €
Mitglieder (juristische Personen) Ambulante Pflegedienste	500 €
Mitglieder (juristische Personen) Langzeitpflegeeinrichtungen/Heime	300 €
Mitglieder (juristische Personen) Stationäre Hospize/Palliativstationen	200 €
Fördermitglieder (natürliche Personen) Einzelpersonen oder Familien	frei wählbar
Fördermitglieder (juristische Personen) Große Unternehmen > 50 Beschäftigte	mindestens 2.500 €
Fördermitglieder (juristische Personen) Kleine Unternehmen < 50 Beschäftigte	mindestens 1000 €
Mitglieder (juristische Personen) Gemeinnützige Gesellschaften, Verbände & Vereine	mindestens 80 €



HOME CARE BERLIN E.V.

AUFNAHMEANTRAG für natürliche Personen

Hiermit stelle ich den Aufnahmeantrag als Mitglied im Home Care Berlin e.V.
Die Satzung und die Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Jahresbeitrag beträgt _____ €.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tätigkeit (gem. Beitragsordnung): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich erkläre mich mit der Abbuchung des Jahresbeitrages vom nachfolgenden Konto einverstanden.

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift (bei Unternehmen bitte mit Stempel)

AUFNAHMEANTRAG für juristische Personen

Hiermit stelle ich den Aufnahmeantrag als Mitglied im Home Care Berlin e.V.
Die Satzung und die Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Jahresbeitrag beträgt _____ €.

Firma/ Institution: _____

Unternehmensart: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich erkläre mich mit der Abbuchung des Jahresbeitrages vom nachfolgenden Konto einverstanden.

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift (bei Unternehmen bitte mit Stempel)

BEITRITTSERKLÄRUNG - FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Hiermit trete ich/tritt unser Unternehmen dem Verein „Home Care Berlin e.V.“
als Fördermitglied bei.

Die Satzung und die Beitragsordnung habe ich (bei Unternehmensbeitritt als Vertreter
des Unternehmens) zur Kenntnis genommen.

Mein Jahresbeitrag beträgt _____ €.

Firma/ Institution: _____

Unternehmensart: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Ich erkläre mich mit der Abbuchung des Jahresbeitrages vom nachfolgenden Konto
einverstanden.**

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift (bei Unternehmen bitte mit Stempel)