



Hospiz- und Palliativverband Brandenburg e.V.

Geschäftsstelle Kreuzstraße 14, 14482 Potsdam

Telefon 0331 - 600 679 – 65 Fax 0331 – 600 679 - 69

E-Mail: info@HPV--Brandenburg.de Internet: www.HPV-Brandenburg.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Bezeichnung des Dienstes bzw. der Einrichtung / Vorname und Name bei Privatpersonen

Straße, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Ich / Wir beantrage(n) die **Mitgliedschaft im Hospiz- und Palliativverband Brandenburg e.V.**

Beginn der Mitgliedschaft:

Art der Mitgliedschaft als:

- a) Juristische Person** (Ambulanter Hospizdienst bzw. Hospizverein / stationäres bzw. teilstationäres Hospiz / Einrichtung / Träger sozialer Dienstleistungen / Städte bzw. Gemeinden)
- b) Natürliche Person als Einzelmitglied**
- c) Natürliche Person als Förder-Mitglied**

Ergänzende Angaben

Für Mitgliedsanträge a) Juristische Person

Wir sind in der Hospizarbeit tätig seit:

Wir sind:

- rechtlich selbständig
- gehören einem Träger / Verein an

Name des Trägers / Verein

Bankverbindung: IBAN: DE33 1605 0000 1000 9524 67 BIC: WELADED 1 PMB

Der HPV ist von der Umsatzsteuer befreit; Steuernummer: 046/141/14660

Vereinsregisternummer beim Amtsgericht Potsdam: VR2129(P)



Hospiz- und Palliativverband Brandenburg e.V.

Seite 2

Anschrift des Trägers / Vereins

- Mitglied in einem der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege

Name des Wohlfahrtsverbands

Eine **Kurzkonzeption** unseres Hospizes / Hospizdienstes / Tageshospizes legen wir diesem Antrag bei.

Für Mitgliedsanträge c) Förder-Mitgliedschaft

Den jährlichen Beitrag als Förder-Mitglied legen wir auf Euro fest.

Die Beitragsordnung, die Bestandteil der Satzung ist, liegt uns vor.

Ich / Wir erkennen die **Satzung** des HPV Brandenburg e.V. an und unterstützen diese Ziele.

Ort, Datum

Unterschrift(en), Stempel