

# Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die (kostenlose) Aufnahme in den Landesverband der Patientenfürsprecher in NRW e.V. (beginnend mit Eingang dieses Antrags beim Landesverband)

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift des Krankenhauses, in dem ich als Patientenfürsprecher/ehreamtlich tätig bin:**

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Telefaxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Private Anschrift** (freiwillige Angabe)

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Telefaxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Seit wann sind Sie als Patientenfürsprecher/ehreamtlich tätig? Seit \_\_\_\_\_

Wann endet diese Tätigkeit voraussichtlich? \_\_\_\_\_

# Aufnahmeantrag



**Mitgliedsnummer** (wird vom Verein eingetragen): \_\_\_\_\_

Mit der Mitgliedschaft im Landesverband erwerbe ich automatisch die ebenfalls beitragsfreie Mitgliedschaft im Bundesverband der Patientenfürsprecher e.V. (BPiK), solange ich dem nicht widerspreche.

Ich werde darauf hingewiesen, dass die ordentliche Mitgliedschaft automatisch mit Beendigung der ehrenamtlichen Tätigkeit erlischt.

Bei Bedarf kann ich die Satzung des Landesverbandes einsehen. Ich erkläre mich einverstanden, dass der Landesverband meine Daten speichert und im Vereinsinteresse nutzen kann.

---

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)