

Beitrittserklärung



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Pflege im Kreis Coesfeld – viele Partner-ein Gesicht e.V.“

Mitgliedsdaten:

Name der Einrichtung:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ, Wohnort	
Telefon:	
Email:	

Der Mitgliedsbeitrag beträgt EURO im Jahr und wird jährlich eingezogen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf mittels SEPA-Lastschriftverfahren – erstmals für das Eintrittsjahr – von meinem Konto abgebucht wird.

Aktives Mitglied Fördermitglied

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen (Einzugsermächtigung)

Dieses Lastschriftmandat wird durch unsere Gläubigeridentifikationsnummer DE..... und ihre Mitgliedsnummer als Mandatsreferenz ergänzt.

Hiermit ermächtige ich den Verein „Pflege im Kreis Coesfeld – viele Partner – ein Gesicht e. V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Pflege im Kreis Coesfeld- viele Partner – ein Gesicht e. V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Kontoinhaber/in:	
Kreditinstitut Name:	
Zahlungsart:	halbjährlich jährlich <input type="checkbox"/>
IBAN:	
BIC:	

E inverständniserklärung zur Datenweitergabe/-speicherung:

Ich stimme zu, dass die erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und an Abrechnungsstelle des Vereins übermittelt werden dürfen. Ich kann jederzeit Auskunft darüber erhalten, welche Daten über mich gespeichert sind. Bei unzulässiger oder fehlerhafter Datenspeicherung kann ich die Berichtigung oder Löschung der Daten fordern.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 1 zur Satzung - Beitragsordnung

Von den Mitgliedern des Netzwerks „Pflege im Kreis Coesfeld – viele Partner – en Gesicht“ werden Beiträge erhoben. Die Höhe der jährlichen Beiträge richtet sich nach der Größe des Unternehmens – gemessen am pflegerischen Personal. Die Staffelung sieht wie folgt aus:

Anzahl Vollzeitkräfte	Beitragshöhe
1 bis 20 Vollzeitkräfte	750,00 Euro
21 bis 40 Vollzeitkräfte	1.500,00 Euro
41 bis 100 Vollzeitkräfte	3.000,00 Euro
101 bis 250 Vollzeitkräfte	4.200,00 Euro
Über 251 Vollzeitkräfte	5.100,00 Euro

Die Umrechnung auf Vollzeitkräfte obliegt den einzelnen Unternehmen.

Die Betrachtung der Anzahl an Vollzeitkräften erfolgt immer zum 01. Januar eines jeden Geschäftsjahres. Unterjährige Veränderungen in der Anzahl an zu berücksichtigenden Vollzeitkräften bleiben unberücksichtigt.

Die Zahlung der Mitgliedsbeiträge ist bis spätestens zum 31. Januar eines jeden Geschäftsjahres auf das bekannte Vereinskonto zu unternehmen.

Nicht verwendete Mitgliedsbeiträge werden in Höhe von bis zu 20 % der Jahreseinnahmen einer Rücklage zugeführt.