

## Beitrittserklärung

für Unternehmen / Einrichtungen nach SGB V, SGB XI sowie für Bildungsträger  
und fördernde Institutionen

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im Ausbildungsverbund Pflege  
der Region Forchheim e.V., c/o Andreas Schneider (1. Vorsitzender), Im Gewend 2, 96135 Stegaurach

Name der Einrichtung: .....

Ggf.: Teil dieser Dachorganisation: .....

Anschrift: .....

Rechtsverbindlich vertreten durch: .....  
(Vorname, Name, Funktion)

Führungskraft in der Einrichtung: .....  
(Vorname, Name, Funktion)

Telefon: .....

E-Mail: .....

Anzahl der MitarbeiterInnen im Pflegedienst: .....

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die Aufnahmegebühr beträgt € 100,-.  
Den für mich/meine Einrichtung geltenden Jahresbeitrag entnehmen Sie der beiliegenden  
Beitragsordnung.

---

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Mitglieds

### Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE32 7635 1040 0020 8456 57

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Ifd. Mitglieds-Nr. eintragen)

Ich ermächtige den Ausbildungsverbund Pflege der Region Forchheim e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag unmittelbar nach Beitritt und fortan am 01.03. eines jeden Jahres fällig.

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers