

Eingangsstempel:



## AUFNAHMEANTRAG

Landesgruppe: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
(wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

<u>Funktion:</u>	Geschäftsführer	<input type="checkbox"/>	Stellvertreter	<input type="checkbox"/>
	Krankenhausdirektor	<input type="checkbox"/>	Stellvertreter	<input type="checkbox"/>
	Verwaltungsdirektor/-leiter	<input type="checkbox"/>	Stellvertreter	<input type="checkbox"/>
	Heimleiter	<input type="checkbox"/>	Stellvertreter	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	Stellvertreter	<input type="checkbox"/>
	(Sonstige)			

Andere leitende Tätigkeit im Krankenhaus- und Gesundheitswesen   
in Krankenhausverbänden   
welche \_\_\_\_\_

Im Krankenhaus-/Gesundheitsbereich tätig seit \_\_\_\_\_

### **Anschrift dienstlich**

Krankenhaus/ Dienststelle \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### **Einrichtung:**

Uniklinik

öffentl. Krankenhaus

freigemeinn. Krankenhaus

privates Krankenhaus

Sonstiges

### **Rechtsform:**

Stiftung

Regiebetrieb

Eigenbetrieb

GmbH

AG

### **Fachgruppe:**

Psychiatrie

Rehabilitation

Pflegeeinrichtung

Träger der Einrichtung \_\_\_\_\_

### **Angaben Abschlüsse / Berufliche Bildung:**

#### Abschluss AKM

Wirtschaftswissenschaften als \_\_\_\_\_

Medizin als \_\_\_\_\_

Rechtswissenschaften als \_\_\_\_\_

Pflegewissenschaft als \_\_\_\_\_

andere Fachrichtungen als \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**

Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften (für den Zahlungsempfänger)**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)  
Oranienburger Straße 17, 10178 Berlin**

Name und Anschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir

\_\_\_\_\_  
*Name und Vorname VKD-Mitglied*

\_\_\_\_\_  
*VKD-Mitgliedsnummer*

Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung des **VKD-Mitgliedsbeitrags** bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

\_\_\_\_\_  
*Kontonummer*

bei

\_\_\_\_\_  
*genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts*

\_\_\_\_\_  
*Bankleitzahl*

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht ausweist, besteht seitens d. kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme als persönliches Mitglied in den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.:**

Die beiliegende VKD-Satzung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift auf der VKD-Homepage im internen Bereich (Zugang nur für VKD-Mitglieder) veröffentlicht wird.

Ort/ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Aufnahme wird von der Landesgruppe **vorgeschlagen**

Die Aufnahme wird hiermit **bestätigt**

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Landesvorsitzenden)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Geschäftsführung/Präsidenten)