



AUFNAHMEANTRAG

Landesgruppe: _____

Mitgliedsnummer: _____
(Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Im Krankenhaus-/Gesundheitsbereich tätig seit: _____

Funktion:

- | | | | |
|---|--------------------------|------|--------------------------|
| Vorstand | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Geschäftsführer/Direktor | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Krankenhausdirektor | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Med. Geschäftsführer | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Verwaltungsdirektor/-leiter | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Leiter Pflegeeinrichtung/Heimleiter | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Abteilungsleiter _____
(bitte angeben) | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |
| Leiter/Direktor MVZ | <input type="checkbox"/> | Stv. | <input type="checkbox"/> |

Interesse an VKD-Fachgruppe:

- Pflegeeinrichtungen
- psychiatrische Einrichtungen
- Rehabilitationseinrichtungen

VKD-Mitgliedschaft für Nachwuchskräfte (Voraussetzungen sind online und in der Satzung nachzulesen):

Führungsnachwuchs Empfohlen von _____
(Name, Vorname; VKD-Mitgliedsnummer)

(Funktion im Management / andere Funktionsbezeichnung)

Andere leitende Tätigkeit im Krankenhaus- und Gesundheitswesen/in Krankenhausverbänden
welche? _____

Einrichtungsart:

- Uniklinik
- Allgemeinkrankenhaus
- Fachkrankenhaus
- Psych. Krankenhaus
- Rehabilitationsklinik
- Pflegeeinrichtung
- MVZ am Krankenhaus

Trägerschaft:

- öffentlich, rechtlich unselbstständig
- öffentlich, rechtlich selbstständig
- öffentlich in privatrechtlicher Form
- freigemeinnützig
- privat

Träger der Einrichtung: _____

Abschlüsse / Berufliche Bildung (höchster Abschluss)

_____ SMBS/HCM/AKM

Medizin _____ Pflegewissenschaft _____

Privatanschrift

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ persönliche E-Mail: _____

Dienstanschrift (Korrespondenz mit dem VKD)

Einrichtung: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Rechnungsanschrift (sofern abweichend von der dienstlichen Anschrift gewünscht)

Empfänger: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Den **vollständig ausgefüllten Antrag** senden Sie bitte an die VKD-Geschäftsstelle per E-Mail an: vkdg@vkd-online.de oder per Fax an: 030 28 88 59 15

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als persönliches Mitglied in den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.. Die VKD-Satzung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf der Verbands-Webseite im internen Bereich (Zugang nur für VKD-Mitglieder) veröffentlicht werden.

Ort/ Datum _____

Unterschrift _____

Die Aufnahme wird von der Landesgruppe vorgeschlagen

Die Aufnahme wird bestätigt

Ort/Datum _____

Ort/Datum _____

Unterschrift des Landesvorsitzenden

Unterschrift der Geschäftsleitung/ des Präsidenten