



## 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 _____<br><small>(bitte angeben)</small> | <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](mailto: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