

Antrag auf Mitgliedschaft

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Hochschulen für Gesundheit e.V.
als Förder-Mitglied**

Mein Förderbeitrag für Hochschulen für Gesundheit e.V. soll _____ € pro Kalenderjahr betragen.

Der Mitgliedsbeitrag ist spätestens nach Rechnungseingang auf folgendes Konto zu entrichten:

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE80 1002 0500 0001 3508 00

Hochschulen für Gesundheit e.V.

BIC: BFSW DE33 BER

Adressdaten

Vollständiger Name und Titel des Antragstellers

Beruf/Funktion

Ggf. Name der Firma /
Organisation / Körperschaft

Straße, Nr. / Postfach

Ort

Telefon

Fax

Mail

ggf. Website

Mein Interesse an einer Mitarbeit im Kooperationsverbund bezieht sich vor allem auf die folgenden Themen- und Entwicklungsbereiche:

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung im Rahmen der Vereinsverwaltung einverstanden und erkenne die Satzung des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ e.V. an.

Ort und Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / en

Bitte senden Sie

den Antrag auf Mitgliedschaft sowie gerne **aussagekräftiges Informationsmaterial** Ihrer Organisation zurück an:

**Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.
c/o Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin**