

VERBAND PRIVATER KLINIKTRÄGER IN BADEN-WÜRTTEMBERG e. V.

Friedrich-List-Str. 42, 70771 Leinfelden-Echterdingen

Tel. 0711/99 77 82-15 Fax 0711/99 77 82-22 E-Mail: info@vpka-bw.de



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Verband privater Klinikträger in Baden-Württemberg e. V.

Träger der Einrichtung _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Gesetzlich vertreten durch _____

☐ als ordentliches Mitglied (d. h. mit Bindung an die vom Verband abgeschlossenen Tarifverträge)

☐ als außerordentliches Mitglied (d. h. ohne Tarifbindung)

☐ Die Antragstellerin/der Antragsteller erklärt sich mit der gleichzeitig bekannt gegebenen Satzung und Beitragsordnung einverstanden.

Eine Kopie der Konzessionsurkunde nach § 30 Gewerbeordnung oder anderen Nachweisen über die Anzahl der vorhandenen Betten/Plätze

☐ ist beigefügt

☐ wird nachgereicht.

Bitte ankreuzen

Einrichtungen (Name, Ort, Anzahl Betten/Plätze, Indikationen):

Ort, Datum, Unterschrift der/des Vertretungsberechtigten