

## Antrag auf Mitgliedschaft für ambulante Pflege

### I. Allgemeiner Teil

Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft der nachstehend genannten Organisation im **Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.** gemäß § 3 der Vereinssatzung.

Name des Unternehmens/ der Organisation	_____
Ansprechpartner/in in der Organisation	_____
Straße, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
Telefon	_____ Fax _____
eMail	_____
Homepage	www. _____
Bundesland	_____
IK Nummer	_____ Handels-/Vereinsregister-Nr. _____

### II. Zur Unternehmung

1.1 **Gründungsdatum** \_\_\_\_\_ **Eintrittsdatum** \_\_\_\_\_

1.2 **Bruttolohnsumme Vorjahr** \_\_\_\_\_ €

#### 2.1 Nur von Einzelfirmen auszufüllen

Vertretungsberechtigte des Unternehmens

Inhaber/in (Name, Vorn.) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/in (Name, Vorn.) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

#### 2.2 Nur von Gesellschaften auszufüllen ( GbR, GmbH, UG, OHG):

Gesellschafter/in (Name, Vorn.) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Gesellschafter/in (Name, Vorn.) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Sollte es weitere Gesellschafter/innen geben, bitten wir um gesonderte Mitteilung.

Geschäftsführer/in (Name, Vorn.) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

alleinvertretungsberechtigt  ja  nein

Der entsprechende Auszug/die entsprechenden Passagen aus dem Handelsregister bzw. dem Gesellschaftervertrag ist/sind beigefügt:

ja  nein, wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_

**2.3 Nur von Vereinigungen auszufüllen (e. V., e. G.):**

Vorstand \_\_\_\_\_

Vorsitzende/r \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Stellv. Vorsitzende/r \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Stellv. Vorsitzende/r \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Der entsprechende Auszug/die entsprechenden Passagen aus dem Vereinsregister ist/sind beigefügt:

ja       nein, wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_

**III. Mitarbeiter/innen**

Zahl der Mitarbeiter/innen inkl.PDL \_\_\_\_\_

Hierzu gehören auch die freien Mitarbeiter/innen, geringfügig Beschäftigte sowie studentische Mitarbeiter/innen, umgerechnet auf Vollzeitkräfte. Die Anzahl der Mitarbeiter/innen ist jährlich bis zum 30.06. durch die BG-Meldung nachzuweisen (siehe Beitragsordnung).

**IV. Mitgliedsformen**

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied

mit Tarifbindung (m. T.)       ohne Tarifbindung (o. T.)

Mir ist bekannt, dass ich nur bei einer Mitgliedschaft mit Tarifbindung (m. T.) Einfluss auf tarifrelevante Entscheidungen nehmen kann.

**V. Verbandswechsler**

ja       nein

Wenn ja, welchem Verband gehörten Sie bis jetzt an? \_\_\_\_\_

**VI. allg. Abfrage**

Wie sind Sie auf den ABVP e.V. aufmerksam geworden

Empfehlung       Internet       Sonstige \_\_\_\_\_

**VII. Erklärung**

Ich erkläre mich bereit, die von der Mitgliederversammlung festgelegten Beiträge sowie die Aufnahmegebühr und Umlagen fristgemäß zu entrichten. Mir ist bekannt, dass der Vorstand über die Aufnahme entscheidet. Die erfolgte Aufnahme wird vom Vorstand schriftlich bestätigt. Die Satzung, die Qualitätsrichtlinien und die Beitragsordnung habe/n ich/wir erhalten. Die Rechte und Pflichten der Mitglieder gemäß § 4 der Satzung sind mir bekannt. Die Kündigung der Mitgliedschaft richtet sich nach den Bestimmungen des § 3 der Vereinssatzung in der jeweils gültigen Fassung. Änderungen der vorstehend gemachten Angaben sind dem ABVP e.V. unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

*Wir sind die Ambulanten*