

# Aufnahmeantrag

## Einzelmitgliedschaft KNAIB



Name		Vorname		Titel	
Straße und Hausnummer					
PLZ		Ort		Telefon	
Private E-Mail					
Geburtsdag		Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege tätig seit			

Die KNAIB-Gläubiger-ID lautet: **DE16 7115 1020 0031 3786 15**

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung.

Die Aufnahme in die Fachgesellschaft erfolgt durch den Vorstand. Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt ausschließlich per SEPA-Lastschrift. Der Jahresbeitrag beträgt 100,- € (unabhängig vom Eintrittsdatum).

- Ich bin beruflich tätig als:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Examierte Pflegekraft                         | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin                  |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung                           | <input type="checkbox"/> Versicherungsfachangestellte/r |
| <input type="checkbox"/> Pädagoge/-in oder Lehrer/-in für Pflegeberufe | <input type="checkbox"/> Therapeut/-in                  |
| <input type="checkbox"/> Pflegewissenschaftler/-in                     | <input type="checkbox"/> Kaufmännischer Beruf           |
| <input type="checkbox"/> Pflegewirt/-in                                | <input type="checkbox"/> Sonstige                       |

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die »Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege KNAIB« den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der »Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege KNAIB« auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN

BIC

Bank

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den KNAIB-Verein und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_