



# Antrag auf Mitgliedschaft Wundnetz Hannover West e.V.

zum: \_\_\_\_\_ (Datum)

Name / Institution / Firma \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

(Bitte beachten: Die E-Mail-Adresse ist die verbindliche Adresse für Nachrichten des Vereins)

Telefonnummer Ansprechpartner \_\_\_\_\_

## Ich bin / vertrete

Arzt  Diagnostik  Therapie

Krankenhaus

Pflegedienst

Home-Care-Unternehmen

Einzelperson (Angabe Funktion bitte unter „anderes“)

Krankengymnast

Pflegeheim

Apotheke

Sanitätsgeschäft

Industrie (als förderndes Mitglied)

Industrie (als Berater vor Ort für Pflegedienste) (nur für Veröffentlichung auf Web-Seite)

## VZK = Vollzeitkräfte, Beitrag

\_\_\_\_\_ bis 10 VZK 50 €, ab 11 VZK 100 €

\_\_\_\_\_ 500 €

\_\_\_\_\_ bis 10 VZK 50 €, 11-50 VZK 100 €, ab 51 VZK 250 €

\_\_\_\_\_ bis 10 VZK 50 €, 11-50 VZK 100 €, ab 51 VZK 250 €

\_\_\_\_\_ 25 €

\_\_\_\_\_ bis 10 VZK 50 €, ab 11 VZK 100 €

\_\_\_\_\_ bis 20 VZK 100 €, ab 21 VZK 250

\_\_\_\_\_ bis 10 VZK 50 €, ab 11 VZK 100 €

\_\_\_\_\_ bis 10 VZK 50 €, ab 11 VZK 100 €

\_\_\_\_\_ bis 20 VZK 250 €, ab 21 VZK 500 €

anderes: \_\_\_\_\_

Ich erlaube die Veröffentlichung meiner Funktion auf der Webseite

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

zur Kontaktaufnahme von Patienten (zur Veröffentlichung auf der Webseite)

Der Mitgliedsbeitrag lt. gültiger Geschäftsordnung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an  
Wundnetz Hannover West e.V., Speckenstr. 10, 31515 Wunstorf  
oder per Fax 05031-91 27 82**