

BAG-Wunde e.V. i.G.

Aktienstraße 1-7
45473 Mülheim an der Ruhr
Tel 0208 377 39 79
kontakt@bag-wunde.de



Bundesarbeitsgemeinschaft
spezialisierter Leistungserbringer „Wunde“

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantragt

Name (**natürliche Person** mit Titel und Vornamen oder **verantwortliche Person** einer Einrichtung)

Berufsbezeichnung / Einrichtungsform / Pflegedienst / Klinik /

Straße

Ort

PLZ

Telefon/Fax

E-Mail

Webadresse

in Kenntnis der Satzung den Beitritt zur Bundesarbeitsgemeinschaft spezialisierter Leistungserbringer „Wunde“ e. V. i.G. als

	Kategorie	Art der Mitgliedschaft	Beitragshöhe pro Jahr
<input type="checkbox"/>	1	Juristische Person	Jahresbeitrag _____ € *)
<input type="checkbox"/>	2	BGB Gesellschaft (GbR), Einzelunternehmen	Jahresbeitrag _____ € *)
<input type="checkbox"/>	3	Natürliche Person	Jahresbeitrag _____ € *)

Anmerkungen:

- Es gilt die jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossene Beitragsordnung (24.06.2024)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

*) gültig im Jahre der Antragstellung

Der Beitrag wird erst nach Zustimmung zum Beitritt durch das Präsidium erhoben.

Dem Antrag fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei und bitte ankreuzen:

- Beruflicher Werdegang, bisherige Tätigkeiten im Bereich Gesundheitswesen
- Ich willige ein, dass Adresse, Kommunikationsdaten, ggf. Ziele und Handlungsfelder in der Website der BAG Wunde e.V. bis auf Weiteres und widerruflich veröffentlicht werden.
- Die Kommunikationsdaten sollen nicht an Dritte weitergegeben werden und ausschließlich der Mitgliederverwaltung dienen.

Mitgliedsbeitrag

X Der jährliche Mitgliedsbeitrag soll per Überweisung nach Rechnungsstellung bezahlt werden.

Ort, Datum

NAME (Druckbuchstaben) + rechtsverbindliche Unterschrift – ggf. Stempel

Die BAG-Wunde hat für ihre Mitglieder die Möglichkeit geschaffen, sich in definierten Bereichen aktiv zu engagieren und so zur Gesamtarbeit des Vereins beizutragen. Bitte tragen Sie sich daher in mindestens einer maximal in drei der nachstehend aufgeführten Aktions- und Wissensbereiche ein, so denn eine aktive Mitarbeit in den Gremien gewollt ist. Wir würden dies sehr begrüßen! Mehrfachnennungen sind daher möglich. Bitte wählen Sie aus:

	Aktions- und Wissensbereiche	
1.	Patienten-Eduktion / Angehörigen-Eduktion	<input type="checkbox"/>
2.	Ambulanter Sektor - ärztlich-/pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>
3.	Stationärer Sektor – regionale Klinikversorgung / Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>
4.	Spezialisierte Leistungserbringung, Dokumentation, Analyse, Benchmark	<input type="checkbox"/>
5.	Infrastruktur, Versorgungspartner, Kooperationsnetzwerk, Netzwerkaufbau	<input type="checkbox"/>
6.	Krankenkassenwelt – Abrechnungswesen, KK-Diskussionen	<input type="checkbox"/>
7.	Wissenschaftswelt – Publikationen, Standards, Leitlinien	<input type="checkbox"/>
8.	Fort- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
9.	Planungs- und Strategiesitzungen des Vereins	<input type="checkbox"/>

Die Sitzungen werden jeweils durch ein Vorstandmitglied moderiert und überwiegend virtuell stattfinden.

Einmal im Jahr ist eine Tagung aller Aktionsbereiche in Präsenz vorgesehen, um das Wissen mit Allen zu teilen und dies ggf. zu publizieren.

Sie werden dann von der Geschäftsstelle regelmäßig über die virtuellen Arbeitsgruppentermine informiert.

Mit meiner Unterschrift bekunde ich mein Interesse:

Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift

-----//-----

Eingang des Antrags am: _____

Antrag durch das Präsidium bestätigt am: _____ HZ: _____

Antrag durch das Präsidium abgelehnt am: _____ HZ: _____

Gründe der Ablehnung: _____

Beitragsregelung der BAG-Wunde – Anlage zur Satzung

(Durch die Mitglieder, auf der Gründungsveranstaltung festgelegte)

01 Juristische Personen

Einrichtungen bis	10 Vollkräfte	120 Euro
Einrichtungen ab	11 Vollkräfte	240 Euro
Einrichtungen ab	50 Vollkräfte	600 Euro
Krankenhaus		600 Euro

02 BGB Gesellschaften (z.B. GbR), Einzelunternehmen

Einrichtungen bis	10 Vollkräfte	120 Euro
Einrichtungen ab	11 Vollkräfte	240 Euro
Einrichtungen ab	50 Vollkräfte	600 Euro

03 Natürliche Personen

Einzelperson	85 Euro
--------------	---------
