

# Mitgliedsantrag



Deutsche Gesellschaft für  
Integrierte Versorgung  
im Gesundheitswesen e.V.

Hiermit stelle/n ich/wir den Antrag auf Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)**, Wartburgstraße 11, 10823 Berlin, Telefon: 030/44727080 | Fax: 030/44729746 | E-Mail: info@dgiv.org | Internet: www.dgiv.org. .

Mir/uns ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag und die Aufnahmegebühr umgehend nach Zusendung der Aufnahmebestätigung auf das mit der Rechnung mitgeteilte Konto der DGIV zu überweisen sind. Die Höhe des Mitgliedsbeitrages und der Aufnahmegebühr ergeben sich aus der seit 01.01.2011 geltenden Beitragsordnung.

<b>Mitgliedsart</b>	
<b>Juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts oder Personengesellschaften</b>	
<b>exakte Firma / Bezeichnung*</b>	
<b>gesetzliche(r) Vertreter*</b>	
<b>bevollmächtigter Vertreter in der DGIV gem. § 5 Abs. 1 DGIV-Satzung (Name, Funktion im Unternehmen)*</b>	
<b>Anzahl Mitarbeiter* (außer bei anerkannter Gemeinnützigkeit und sonstigen Vereinen bzw. Verbänden)</b>	
<b>anerkannte Gemeinnützigkeit gem. §§ 51 ff. AO ja / nein*</b>	
<b>Straße, PLZ, Ort*</b>	
<b>Telefon / Telefax</b>	
<b>E-Mail / Homepage</b>	
<b>Branche:</b>	
<b>Interessenschwerpunkte Int. Versorgung:</b>	
<b>Wir kommen auf Empfehlung/Ansprache von:</b>	

\* Pflichtangaben

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des/der ges. Vertreter

## **Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung**

Wir sind damit einverstanden, dass die DGIV unsere vorstehenden Pflichtangaben und freiwilligen Angaben zur Person erhebt, speichert, nutzt und den Mitgliedern zur Verfügung stellt. Die Daten werden ausschließlich intern im Rahmen des Vereinsverhältnisses (einschließlich in einem allen Vereinsmitgliedern zur Verfügung stehenden Mitgliederverzeichnis) verwendet. Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig. Wir können sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des/der ges. Vertreter

# Mitgliedsantrag



Deutsche Gesellschaft für  
Integrierte Versorgung  
im Gesundheitswesen e.V.

Wir ermächtigen die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) zur Einziehung meines Mitgliedsbeitrages

<b>Einzugsermächtigung (gilt nur für Deutschland)</b>	
<b>Kontoinhaber</b>	
<b>Geldinstitut</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>SWIFT / BIC</b>	

Ort, Datum

Unterschrift des/der ges. Vertreter

## **Beitragsordnung der DGIV (ab 01.01.2011)**

<b>Art der Mitglieder</b>	
Aufnahmegebühr Natürliche Personen	150,00 €
Aufnahmegebühr anderer Mitglieder, die keine natürlichen Personen sind	250,00 €
	<b>Jahresbeitrag</b>
Natürliche Personen	200,00 €
Gemeinnützige Institutionen	400,00 €
Sonstige Vereine und Verbände	600,00 €
Juristische Personen und Personengesellschaften bis 50 MA (außer Vereine, Verbände bzw. gemeinnützige Institutionen)	800,00 €
Juristische Personen und Personengesellschaften bis 500 MA (außer Vereine, Verbände bzw. gemeinnützige Institutionen)	1.500,00 €
Juristische Personen und Personengesellschaften bis 5000 MA (außer Vereine, Verbände bzw. gemeinnützige Institutionen)	2.000,00 €
Juristische Personen und Personengesellschaften über 5000 MA (außer Vereine, Verbände bzw. gemeinnützige Institutionen)	2.500,00 €