

Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus/Spree-Neiße e.V.

Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus/Spree-Neiße e.V., Zielona-Gora-Straße 16, 03048 Cottbus



Gemäß der Beitrittserklärung zum Gerontopsychiatrischen Verbund Cottbus / Spree-Neiße e.V., der Satzung des o.g. Vereins sowie der Beitragsfestsetzung in der z.Zt. gültigen Fassung gilt für die Mitgliedschaft für das Jahr 2015 folgender Beitrag:

| | Mitarbeiter-VBE | € pro Monat | Beitrag € im Monat | Beitrag € im Jahr |
|----|-----------------|-------------|--------------------|-------------------|
| a) | 01 bis 05 | 40 | | |
| b) | 06 bis 15 | 60 | | |
| c) | 16 bis 30 | 80 | | |
| d) | 31 bis 40 | 100 | | |
| e) | 41 bis 50 | 120 | | |
| g) | 51 bis 60 | 140 | | |
| e) | 61 bis 80 | 160 | | |
| g) | Über 80 | 180 | | |
| g) | Fördermitglied | | | Ab 60 € |

Für die Beitragsbegleichung nutzen Sie bitte folgende Bankverbindung:

Geldinstitut **Sparkasse Spree-Neiße Cottbus**
BIC: **WELA DE D1 CBN**
IBAN: **DE22 1805 0000 3117 1023 10**

Zur Erleichterung Ihrer Verpflichtung können Sie eine Einzugsermächtigung erteilen, die Sie natürlich jederzeit widerrufen können.

Einzugsermächtigung

| | |
|---|--|
| Ich ermächtige widerruflich den o.g. Verein fällige Beitragsforderungen zu Lasten des unten angeführten Bankkontos einzuziehen. | |
| IBAN: _____, BIC: _____ bei der | |
| Ort, den _____ | |
| Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter | |

Ich bestätige, dass die o.g. Personalangaben dem aktuellen Stand entsprechen und der daraus resultierende Beitragssatz korrekt ist.

Ort, Datum: _____ Unterschrift/ Stempel: _____

Vorsitzende: Frau Sabine Baumgarten
 Koordinatorin: Frau Stefanie Barth
 Telefon: 0355 / 486 7137
 Fax: 0355 / 486 7138
 E-Mail: gpv-cb-spn@web.de
 Homepage: www.gerontoverbund-cb-spn.de

Bankverbindung:
 Sparkasse Spree-Neiße
 IBAN: DE 22 1805 0000 3117 1023 10
 BIC: WELA DE D1 CBN
 BLZ: 180 500 00
 Kontonr.: 311 710 2310

Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband
 Steuernummer: 056 / 140 / 08980



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

für mich / folgende Einrichtung (nicht zutreffendes bitte streichen)

Name der Mitarbeiter/innen (Ausfüllen nur bei Mitgliedschaften von Teilbereichen von Leistungsangeboten)

als bevollmächtigter Vertreter die Aufnahme in den Verein:

Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus/Spree-Neiße e.V.

als: Mitglied juristische Person (Einrichtung oder Träger)

Förderndes Mitglied

mit Wirkung vom: _____

Mit meinem Aufnahmeantrag erkenne ich die Satzung des o.g. Vereins an und übernehme die daraus entstehenden Rechte und Pflichten.

Ort, Datum: _____

Unterschrift / ggf. Stempel

Vorsitzende: Frau Sabine Baumgarten

Koordinatorin: Frau Stefanie Barth

Telefon: 0355 / 486 7137

Fax: 0355 / 486 7138

E-Mail: gpv-cb-spn@web.de

Homepage: www.gerontoverbund-cb-spn.de

Bankverbindung:

Sparkasse Spree-Neiße

IBAN: DE 22 1805 0000 3117 1023 10

BIC: WELA DE D1 CBN

BLZ: 180 500 00

Kontonr.: 311 710 2310

Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband

Steuernummer: 056 / 140 / 08980