



**Werden Sie Mitglied in unserem Verein, um unsere Arbeit für die Rechte der Patienten im Rahmen der Regeln unseres Gesundheitssystems zu unterstützen.**

Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.  
Bismarckallee 8 – 12  
23795 Bad Segeberg

## **Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt in den Verein Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.

---

(Name, Vorname/Name der Einrichtung/Name der Institution)

---

(Anschrift)

Ich/Wir ermächtige/n den Patientenombudsmann/-frau S.H. e.V.,  
- widerruflich einmal jährlich zu Lasten des Kontos -

---

(IBAN/BIC)

---

(Kreditinstitut/Kontoinhaber)

einzuziehen.

Ich/Wir zahle/n \_\_\_\_\_ € als Jahresbeitrag.

Beitragsstruktur: Einzelpersonen mind. 50 €/Jahr, Institutionen mind. 125 €/Jahr, Alten- und Pflegeeinrichtungen/Kliniken je Bett bzw. ambulanten Pflegeplatz 1 €/Jahr.  
Über besondere Beiträge entscheidet der Vorstand.

Die Gläubiger-ID lautet DE46ZZZ00000373561. Die Mandatsreferenz wird nachgereicht.  
Die Zahlung erfolgt zum 1. Februar eines jeden Jahres.

---

Ort, Datum, Unterschrift, ggf. Stempel der Institution