



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantragt der/ die Unterzeichner/in unter ausdrücklicher Anerkennung der Satzung des VPK Landesverband Brandenburg e.V. die Mitgliedschaft des / der von ihm/ ihr vertretenen Unternehmen/s im VPK Landesverband Brandenburg e.V.

### 1. Daten des Unternehmens

Name		
	Rechtsform	Gründungsjahr
	gemeinnützig (ja/nein)	
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon		
Telefon (weitere)		
Telefax		
Email		
Webseite		
Vertretungsberechtigte(r) Ansprechpartner(in)	Anrede	Titel
	Vorname	Name

### 2. Verhaltenskodex

Den Verhaltenskodex haben wir zur Kenntnis genommen und erkennen diesen im Sinne einer Selbstverpflichtung an. Ein unterzeichnetes Exemplar liegt diesem Antrag als Anlage bei.

### 3. Lastschriftinzug

Laut Beitragsordnung verpflichten sich die Mitglieder, den Beitrag halbjährlich im Voraus einziehen zu lassen. Der Mitgliedsbeitrag soll halbjährlich, im ersten und dritten Quartal, von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift eingezogen werden. Das SEPA-Lastschriftmandat liegt diesem Antrag als Anlage bei.

### 4. Datenschutz

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

### 5. weitere Angaben zum Unternehmen/Träger

Die Mitgliedsbeiträge für den VPK Landesverband Brandenburg richten sich nach der Gesamtzahl der in den Einrichtungen und Diensten eines Mitglieds angebotenen Vergleichsplätze. Die Ermittlung der Vergleichsplätze erfolgt nach folgenden Kriterien:



- Vollstationäre Plätze x 1,0 = Vergleichsplätze
- Teilstationäre Plätze x 0,5 = Vergleichsplätze
- Kindertagesstättenplätze x 0,14 = Vergleichsplätze
- ambulante Dienste und Leistungen:  
Fachleistungsstunden pro Kalenderjahr dividiert durch Jahresarbeitsstunden laut jeweils  
aktuellem KGSt-Gutachten = Vergleichsplätze.

Zur Ermittlung der Vergleichsplätze liegt eine Kopie unserer aktuellen Betriebserlaubnis/-erlaubnisse bei.

Sollte keine Betriebserlaubnis vorhanden sein (z.B. bei ambulanten Diensten), tragen Sie bitte im Folgenden den Namen und die Anschrift jeder Einrichtung/ jedes Angebotes ein, für die Sie Träger sind. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine separate Aufstellung bei.

Name, Anschrift der Einrichtung	Stationäre Plätze	Teilstat. Plätze	Ambulante Dienste (Anzahl FLS oder hilfsweise Anzahl Vollzeitkräfte)

Der / die Unterzeichner/in erklärt, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind und er/sie Gelegenheit zur Kenntnisnahme der Satzung und der Beitragsordnung des VPK Landesverband Brandenburg e.V. hatte.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, (ggf. Firmenstempel)