



DNGfK Deutsches Netz
Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
und Gesundheitseinrichtungen e.V.

Mitgliedsantrag

zur Aufnahme als ordentliches Mitglied

in das

Deutsche Netz

Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und

Gesundheitseinrichtungen gem. e.V.

1. Erklärung

Wir erkennen die Mitgliedschaftsbedingungen (Rechte und Pflichten) des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen gem. e.V. (DNGfK) an.

Wir erklären, dass sich die Entwicklungsprozesse unserer Gesundheitseinrichtung insbesondere an den Grundsatzdokumenten des DNGfK orientieren werden. Die entsprechenden Dokumente sind in der Geschäftsstelle des DNGfK bzw. auf der Homepage des DNGfK unter [Dokumente](#).

Wir bestätigen, dass sämtliche in dem vorliegenden Antrag und in der Begleitdokumentation enthaltenden Angaben korrekt sind.

2. Jahresbeitrag

Der **Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft** im DNGfK beträgt 1.050,00 €. Darin sind 300,00 € als Beitrag für das internationale HPH-Netzwerk enthalten.

Der Jahresbeitrag ist unter Angabe des Mitgliedsnamens auf folgendes Konto der Geschäftsstelle des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen gem. e.V. zu überweisen:

Deutsche Kreditbank DKB
IBAN DE45 1203 0000 0018 0339 51
BIC BYLADEM1001

3. Datenschutz und Vertraulichkeit

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen gem. e.V. wird angemessene Sorgfalt walten lassen, um sicherzustellen, dass Anträge und darin enthaltene Informationen, die im Verlauf der Prüfung der Anträge auftreten, streng vertraulich behandelt werden.

Derartige Informationen sind ausschließlich den beim DNGfK zuständigen Personen zugänglich. Ohne Genehmigung des Antragsstellers werden vom Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen gem. e.V. keine Bewerbungsinformationen an Dritte außerhalb des DNGfK weitergegeben.

Strukturdaten und Daten über Projekte müssen auch nach der Aufnahme der Geschäftsstelle zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung zugänglich gemacht werden. Der Name des Antragstellers, die Projekte sowie die Namen der dafür Verantwortlichen und deren Telefonnummern werden nur **innerhalb** des DNGfK, d.h. auch anderen Mitgliedern, zum Zwecke der Kontaktaufnahme weitergegeben.

4. Angaben des Bewerbers

Name der Gesundheitseinrichtung*

Anschrift

Name der zuständigen Kontaktperson *

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail *

5. Unterschriften

.....
Name der Einrichtung

.....
Vertreter/in des Krankenhausträgers**

.....
Verwaltungsdirektor/in
Geschäftsführer/in**

.....
.Pflegedienstdirektor/in**

.....
Ärztliche/r Direktor/in**

.....
Vertreter/in der Mitarbeitervertretung**

.....
Ort, Datum

*Pflichtangabe

** oder ähnliche Berufsbezeichnungen

Bei der vorzugsweisen Verwendung des männlichen Genus im Text ist die Formulierung im Femininum eingeschlossen.