

## Aufnahmeantrag

von

Organisation/Einrichtung/Team/Praxis (genaue Bezeichnung)<sup>1</sup>:

---

---

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

---

URL: www.\_\_\_\_\_

**Wir beantragen die Aufnahme in das Hospiz- und Palliativnetzwerk München (HPN-M) und verpflichten uns hiermit, Selbstverständnis, Ziele und Aufgaben des Netzwerkes zu unterstützen und aktiv mitzuarbeiten (s. Netzwerkordnung).**

Gemäß Anlage 1 zur Netzwerkordnung möchten wir als (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

- allgemeines Mitglied
- qualifiziertes Mitglied
- „geborenes“ qualifiziertes Mitglied

geführt werden.

**Wir bestätigen, dass wir die dafür in der Netzwerkordnung geforderten Voraussetzungen erfüllen (bitte ankreuzen):**

- wir haben die Netzwerkordnung des Hospiz- und Palliativnetzwerkes München (mit Anlagen) zur Kenntnis genommen haben und tragen diese mit
- wir erfüllen die Voraussetzungen für eine allgemeine Mitgliedschaft gemäß Anlage 1 zur Netzwerkordnung
- wir erfüllen die Voraussetzungen und Qualitätskriterien für eine qualifizierte Mitgliedschaft als \_\_\_\_\_ (*bitte Ziffer aus Anlage 1 zur Netzwerkordnung eintragen*)
- wir erfüllen die Voraussetzungen für eine „geborene“ qualifizierte Mitgliedschaft als \_\_\_\_\_ (*bitte Bezeichnung aus Anlage 1 zur Netzwerkordnung eintragen*)

**Wir sind mit der Vorlage von Nachweisen einverstanden, falls sich bei der Prüfung unseres Aufnahmeantrags Rückfragen ergeben.**

---

1 Für jede Organisation, Einrichtung, Praxis und jedes Team eines Trägers kann ein eigener Aufnahmeantrag gestellt werden.

**Datenschutz:**

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir außerdem, dass wir die Information zur DSGVO für neue Netzwerk-Mitglieder erhalten und gelesen haben.

Wir vertreten die beantragende Organisation/Einrichtung/Team/Praxis im Hospiz- und Palliativnetzwerk München und bestätigen hiermit, dass wir autorisiert sind, diesen Aufnahmeantrag zu unterzeichnen.

Falls es bei den Vertreter\*innen einen Wechsel gibt, teilen wir dies unaufgefordert mit.

**Vertreter\*in 1** (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vertreter\*in 2** (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

=====

Bitte senden Sie den **unterzeichneten Aufnahmeantrag** (eingescannt) per **E-Mail** an  
[hpn.gsr@muenchen.de](mailto:hpn.gsr@muenchen.de)

Sie können den Antrag auch per Post schicken an:

Landeshauptstadt München  
Gesundheitsreferat  
Koordination Hospiz- und Palliativnetzwerk München  
Bayerstr. 28A  
80335 München

Sie erhalten nach positiver Prüfung Ihres Aufnahmeantrags per E-Mail eine schriftliche Mitgliedsbescheinigung.