



HPN
MÜNCHEN

Hospiz- &
Palliativ-
netzwerk

Aufnahmeantrag

von

Organisation/Einrichtung/Team/Praxis (genaue Bezeichnung)¹:

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

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.