



## ANMELDEFORMULAR MITGLIEDSCHAFT

<b>Institution / Firma</b>		
<b>Adresse Zeile 1</b>		
<b>Adresse Zeile 2</b>		
<b>PLZ / Ort</b>		
<b>Kontaktperson Mitgliedschaft</b>	Name	
	Vorname	
	Telefon	
	Fax	
	E-mail	
<b>Kontakt Verantwortliche Fachperson</b>	Name	
	Vorname	
	Telefon	
	Fax	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> gleich wie oben		

**Die Institution anerkennt die Statuten und das Handbuch inklusive Weiterbildungskonzept des Palliative Care-Netzwerk Region Thun, und trägt dazu bei, diese umzusetzen**  
 ankreuzen

**Die Institution ist bereit, im Netzwerk offen zu kommunizieren und zusammen zu arbeiten.**  
 ankreuzen

**Motivation für die Mitgliedschaft** (kurz beschreiben):



**Wie ist Palliative Care im Betrieb verankert, wie wird sie umgesetzt:**  
 (kurz beschreiben: Leitbild, Konzept, Organisation, Struktur, Dienstleistungen...)

**Bestimmung des Jahresbeitrags gemäss Vollzeitstellen:**

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Firmenmitglieder mit	≤ 1	Vollzeitstelle	CHF	140.-
<input type="checkbox"/>	Firmenmitglieder mit	2-30	Vollzeitstellen	CHF	350.-
<input type="checkbox"/>	Firmenmitglieder mit	31-60	Vollzeitstellen	CHF	700.-
<input type="checkbox"/>	Firmenmitglieder mit	61-99	Vollzeitstellen	CHF	1400.-
<input type="checkbox"/>	Firmenmitglieder mit	≥ 100	Vollzeitstellen	CHF	3500.-

Für Mitglieder, die als Verein organisiert sind:

<input type="checkbox"/>	Vereine mit	≤ 50	Mitglieder	CHF	350.-
<input type="checkbox"/>	Vereine mit	> 50	Mitglieder	CHF	700.-

Wenn ein neues Mitglied nach dem 1. September offiziell aufgenommen wird, wird der Mitgliederbeitrag erst ab dem Folgejahr verrechnet.

**Ausgefülltes Formular senden an:**

Palliative Care-Netzwerk Region Thun, Stationsweg 5, 3627 Heimberg  
 oder E-Mail: [info@palliativecare-thun.ch](mailto:info@palliativecare-thun.ch)

Neue Mitglieder werden durch den Vorstand im Rahmen der geplanten Vorstandsitzungen offiziell gewählt. Eine schriftliche Aufnahmebestätigung und die Rechnung für den Jahresbeitrag werden an die oben angegebene Adresse gesendet.

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....