

Beitrittserklärung

E-Mail: info@iqhv.de Telefax: 0234 97745-536



Ich bitte hiermit um Aufnahme als Mitglied des Instituts für Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung e. V. (IQH) ab:

als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Ordentliches Mitglied

Inhaber einer physiotherapeutischen/ergotherapeutischen Praxis, die gem. § 124 SGB V zugelassen ist. (Bitte Zulassungsbescheid mindestens einer Krankenkasse beifügen.)

- Jahresbeitrag EUR 52,-

Physiotherapeutische Praxis

Ergotherapeutische Praxis

Interdisziplinäre Praxis (PT/Ergo)

2. Außerordentliches Mitglied

Personen, Personengesellschaften oder juristische Personen, die im Bereich des Gesundheitswesens tätig sind und die Förderung der Qualitätssicherung in der Heilmittelversorgung verfolgen. (Bitte Nachweis zum Tätigkeitsgebiet beifügen.)

- Jahresbeitrag EUR 52,-

- Mit meinem Beitritt erkenne ich die Vorgaben des IQH bezüglich Qualitätsmaßnahmen, Zertifizierungsvoraussetzungen und des Zertifizierungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung an, insbesondere für den Geltungsbereich „Physiotherapeutische und Ergotherapeutische Leistungen“.

Name, Vorname (bei Gesellschaften
die geschäftsführende Person) Telefon

PLZ, Ort Straße

E-Mail

Praxisstempel

Ort/Datum 1. Unterschrift*

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000327427

Hiermit ermächtige ich das IQH e. V. widerruflich ab den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IQH auf meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

den Mitgliedsbeitrag von nachstehendem Konto abzubuchen:

IBAN:

BIC:

Name des Geldinstituts

Ort

Vor- und Zuname des Kontoinhabers

Ort, Datum

2. Unterschrift*

Bitte zurücksenden per E-Mail: info@iqhv.de oder per Fax: 0234 97745-536

*Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung – durch unsere EDV in unserer Mitgliederdatei gespeichert werden.