

# AGPA

ARBEITSGEMEINSCHAFT PFLEGEANBIETER  
in Lüneburg

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der AGPA ab \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung(ggf. Stempel):

---

---

---

vertreten durch (Name und Funktion):

---

Adresse der Einrichtung:

---

---

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

Mail – Adresse: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Name des Trägers / Geschäftsleitung (*freiwillig* weitere Kontaktdaten):

---

---

Ich kenne die Regeln und Pflichten der AGPA und erkenne sie ausdrücklich an.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung einrichtungsbezogener Daten für Zwecke der Arbeitsgemeinschaft gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, von der Vertretung der Arbeitsgemeinschaft Auskunft über diese Daten zu erhalten. Nach dem Austritt werden einrichtungsbezogene Daten gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift