

Mitgliedsantrag

Bitte im Original per Post senden

Hauptstadtbüro
Friedrichstraße 147
10117 Berlin

bpa Arbeitgeberverband e.V.
Oxfordstraße 12-16
53111 Bonn

Haben Sie noch Fragen?
Rufen Sie uns an oder
schreiben Sie uns eine E-Mail.

Telefon: +49 (30) 20075593-20
Telefax: +49 (30) 20075593-29

info@bpa-arbeitgeberverband.de
www.bpa-arbeitgeberverband.de

Hiermit beantragt der/die Unterzeichner/-in unter ausdrücklicher
Anerkennung der Satzung des bpa Arbeitgeberverbandes die
Mitgliedschaft des/der von ihm/ihr vertretenen Unternehmen/s im
bpa Arbeitgeberverband.

Mitgliederverwaltung
Oxfordstraße 12-16
53111 Bonn
Telefon: +49 (228) 60438-80
Telefax: +49 (228) 60438-99
verwaltung@bpa-arbeitgeberverband.de

Bitte eintragen, wenn zur Hand

bpa-Mitgliedsnummer: (Trägernummer):

Name lt. Handelsregistereintrag

Unternehmen: _____

Zusatz: _____

Adresse _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Vertretungsberechtigte/s Vorstands- oder Geschäftsführungsmitglied/er

1. Name: _____ 2. Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Mitarbeiteranzahl des antragstellenden Unternehmens und der mitvertretenen verbundenen Unternehmen

Beschäftigte Vollzeit: _____

Beschäftigte Teilzeit: _____ (inklusive geringfügig Beschäftigte)

Ansprechpartner im Unternehmen für den bpa Arbeitgeberverband

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ / _____

E-Mail-Adresse: _____

Art der angestrebten Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)

**Mitgliedschaft
mit Tarifbindung**

Mitglieder mit Tarifbindung werden von Tarifverträgen des Verbandes erfasst. Ein Wechsel von einer Mitgliedschaft mit Tarifbindung in eine Mitgliedschaft ohne Tarifbindung ist jederzeit möglich (§ 5 der Satzung). Verbandstarifverträge, die z.Zt. des Wechsels in die Mitgliedschaft ohne Tarifbindung bestehen, wirken über den Mitgliedschaftswechsel hinaus fort.

**Mitgliedschaft
ohne Tarifbindung**

Mitglieder ohne Tarifbindung werden von Tarifverträgen des Verbandes nicht erfasst. Ein Wechsel von einer Mitgliedschaft ohne Tarifbindung in eine Mitgliedschaft mit Tarifbindung ist jederzeit möglich (§ 5 der Satzung).

Angaben zum Unternehmen (Art, Anzahl und Platzzahl der Einrichtungen)

Die Mitgliedsbeiträge für den bpa Arbeitgeberverband richten sich nach der Beitragsordnung. Sie können den bpa e.V. berechtigen, die entsprechenden Angaben zu Anzahl und Größe der Einrichtungen der Mitgliedsunternehmen an den bpa Arbeitgeberverband zu übermitteln. Anderenfalls können Sie die Angaben auch direkt gegenüber dem bpa Arbeitgeberverband machen.

Der bpa e.V. ist berechtigt, zum Zwecke der Beitragsermittlung die bei ihm vorhandenen beitragsrelevanten Daten auf Anforderung des bpa Arbeitgeberverbandes an diesen zu übermitteln.

Ja

Nein

Falls Sie nicht mit einer Datenabfrage beim bpa e.V. einverstanden sind, füllen Sie bitte nachfolgende Tabelle aus. Bitte fügen Sie gegebenenfalls eine vollständige Liste der Einrichtungen mit allen relevanten Daten bei.

Tragen Sie bitte im Folgenden den Namen und die Anschrift jeder Einrichtung ein, für die Sie Träger sind oder an der Sie zu mindestens 25 Prozent beteiligt sind. Plätze der Kurzzeitpflege sowie der teilstationären Pflege sind nur dann getrennt aufzuführen, wenn es sich um zugelassene Solitäreinrichtungen handelt, anderenfalls gehören sie in die Rubrik „vollstationär“. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine separate Aufstellung bei.

Name jeder Einrichtung:	Anschrift:	Vollstationär: ¹ (Plätze)	Kurzzeitpflege: ¹ (Plätze)	Teilstationär: ¹ (Plätze)	Ambulante Dienste: ² a) Vollzeitkräfte ³ b) Wohngruppen/ -gemeinschaften ⁴	Betreutes Wohnen: (Wohnheiten)	Sonstige soziale Dienste: ⁵ (Plätze/ Vollzeitkräfte ³)

Der/die Unterzeichner/-in erklärt, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind und er/sie Gelegenheit zur Kenntnisnahme der Satzung und der Beitragsordnung des bpa Arbeitgeberverbandes hatte.

Ort/Datum

Vorname und Nachname

(Bitte in Druckbuchstaben)

Stempel

Unterschrift

(Geschäftsführung, Inhaber/-in, Vertretungsberechtigte/r)

¹ Bitte Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI (ggf. Bescheinigung über Bestandsschutz) und Anzeige des Heimbetriebes bei der Heimaufsichtsbehörde jeweils in Kopie beifügen.

² Bitte Kopie des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI und, sofern vorhanden, § 132 a SGB V beifügen.

³ Mitarbeitende Inhaber und Teilzeitbeschäftigte sind ihrem Beschäftigungsumfang entsprechend auf Vollzeitkräfte umzurechnen.

⁴ Bitte Anzahl der versorgten Wohngruppen/Wohngemeinschaften gem. § 4 Ziffer 2 Beitragsordnung angeben.

⁵ Nichtzutreffendes bitte streichen.