

Fachvereinigung Krankenhaustechnik e. V.  
**Aufnahmeantrag / Neuzugang**



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Fachvereinigung Krankenhaustechnik (FKT) e. V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt

**Antragsteller**

Anrede/Titel \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_  
Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse**

Firma/Name \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

**Postadresse**

Vor.- u. Zuname \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

Berufsfachgruppe/Dienststellung:

- Betriebs-Technik       Sicherheitstechnik       Medizintechnik       Biomedizin  
 Umwelt / Hygiene       Technischer Leiter       Sonstiges

**Mitgliedsart:**

(Bitte zutreffende Mitgliedsart ankreuzen)

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> <b>Ordentliches Mitglied</b><br>(Leitende Mitarbeiter aus technischen Abteilungen in Krankenhäusern und gleichartigen Einrichtungen)                             | €/Jahr | 120,00 |
| <b>im Ruhestand</b>   | €/Jahr | 53,00  |
| <b>Doppelmitgliedschaft</b> <input type="checkbox"/> <b>FBMT</b> <input type="checkbox"/> <b>WGKT</b>   | €/Jahr | 93,00  |
| <input type="checkbox"/> <b>Außerordentliches Mitglied</b><br>(Natürliche Personen von Behörden, Verbänden, Vereinen)   | €/Jahr | 60,00  |
| <input type="checkbox"/> <b>Studenten</b><br>(Immatrikulationsbescheinigung beilegen)   | €/Jahr | 0,00   |
| <input type="checkbox"/> <b>Förderndes Mitglied</b><br>(Nat. Pers. u. jur. Pers. die jedoch durch eine nat. Pers. vertreten sein müssen, die den Berufsstand der Fachvereinigung fördern) | €/Jahr | 400,00 |
| <b>Bei Sammelmitgliedschaft bis 8 Mitglieder jeweils</b>  | €/Jahr | 200,00 |
| <b>Bei Sammelmitgliedschaft ab 9 Mitglieder jeweils</b>   | €/Jahr | 160,00 |

**Aufnahmegebühr**

**(bei Sammelmitgliedschaften einmalig)**      €/Jahr      50,00

- Antrag auf Sammelmitgliedschaft:

Folgende FKT-Mitglieder sind ebenfalls bei meinem Arbeitgeber/Firma angestellt:

\_\_\_\_\_ Mein Beitritt erfolgt auf Empfehlung von \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname, Mitgliedsnummer)

Für die Aufnahme einer Mitgliedschaft ist die Kenntnisnahme des Datenschutzes (nächste Seite) notwendig.

\_\_\_\_\_  
Datum, (Unterschrift Neumitglied)

\_\_\_\_\_  
(Name in Blockbuchstaben)

**Anschrift:**  
Geschäftsstelle  
Hermann-Löns-Str. 31  
53919 Weilerswist  
Germany

**Kontakt:**  
Telefon +49 2254 8347 880  
Telefax +49 2254 8347 888  
[www.fkt.de](http://www.fkt.de)  
E-Mail: [fkt@fkt.de](mailto:fkt@fkt.de)

**Antrag an**  
[buchhaltung@fkt.de](mailto:buchhaltung@fkt.de) senden

BITTE ZURÜCKSENDEN AN : [buchhaltung@fkt.de](mailto:buchhaltung@fkt.de)

FACHVEREINIGUNG KRANKENHAUSTECHNIK e. V.  
Hermann-Löns-Str. 31  
53919 Weilerswist

### Zahlungsart

- Zahlung nach Rechnungseingang auf das angegebene Konto
- Lastschriftverfahren (um per SEPA-Verfahren Lastschriften einziehen zu können, erhalten Sie ein Mandat, dass von Ihnen geprüft, unterschrieben und zurückgesendet wird.)

### Versandart

- per Post
- per E-Mail (E-Mail Adresse) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, (Unterschrift Lastschrift)

Für die Aufnahme einer Mitgliedschaft ist die Kenntnisnahme des Datenschutzes notwendig.

### Hinweise zum Datenschutz

I) Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Titel, Vor- und Nachname, Arbeitgeberadresse mit Namen, Straße, PLZ und Ort) sowie falls angegeben die private Anschrift mit E-Mail Adresse an den für mich **zuständigen Regionalgruppenleiter** weitergeleitet werden.

ja

nein

II) Ich bin damit einverstanden, dass mein Eintritt in die FKT mit Name, PLZ und Einrichtung in den Mitgliedernachrichten veröffentlicht wird.

ja

nein

III) Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Titel, Vor- und Nachname, Arbeitgeber-Adresse mit Namen, Straße, PLZ und Ort) sowie falls angegeben die private Anschrift mit E-Mail Adresse an Fördernde Mitglieder und während Kongressen & Messen an die Teilnehmer der Veranstaltung oder Aussteller weitergeleitet werden.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Datum, (Unterschrift Neumitglied)