

Deutscher Hebammenverband e. V.
Postfach1724
76006 Karlsruhe

Änderungen der Mitgliedsdaten

Mitgliedsnummer	Geburtsdatum	Landesverband

Vorname	Name

Folgende Daten haben sich geändert oder ändern sich zum: _____

Name	Anschrift

Telefon	Mail	Fax

Ich bin in ein anderes Bundesland umgezogen und stimme dem Landesverbandswechsel zu:

Ja Nein

Berufliche Änderungen – Anpassung meines Mitgliedsstatus

Ich bin als Hebamme tätig und beantrage den Wechsel in die **aktive** Mitgliedschaft

angestellt: freiberuflich:

--

Arbeitgeber, wenn angestellt

Ich bin nicht als Hebamme tätig und beantrage den Wechsel in die **passive** Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin

Begründung:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Mutterschutz/Elternzeit | <input type="radio"/> Auslandsaufenthalt |
| <input type="radio"/> Ruhestand / Altersteilzeit | <input type="radio"/> z. Zt. nicht als Hebamme tätig
aus gesundheitl. Gründen / arbeitslos etc. |

Änderung der Versicherungsform bei der Gruppenhaftpflichtversicherung

- Ein ausgefüllter Änderungsantrag zur Gruppenhaftpflichtversicherung liegt bei
- Ich bitte um die Zusendung eines Aufnahme- / Änderungsantrages zur Gruppenhaftpflichtversicherung

Aktualisierung der Bankdaten / Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Deutschen Hebammenverband e. V. die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit von folgendem Konto abzubuchen:

Kontonummer	BLZ	Bank

Mir ist bekannt, dass Rücklastaufwand, der mangels Kontodeckung oder durch nicht gemeldete Änderungen der Bankdaten entsteht, meinen Beitragskonto in Höhe von €13,00 belastet wird.

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. BDSG im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben des Hebammenverbandes bin ich einverstanden.

Zur Aktualisierung meiner Daten teile ich dem Verband Änderungen umgehend mit.

Datum	Unterschrift