

Deutscher Hebammenverband e. V.
Postfach 17 24

76006 Karlsruhe



Beitrittserklärung -Hebammenschülerin -

Bitte in Druckschrift gut lesbar ausfüllen

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Deutschen Hebammenverband e. V.

- Schülerinnenbeitrag je Beitragsjahr: €13,00 -

Vorname	Name	Geburtsname

Anschrift während meiner Ausbildung:

Straße /Haus Nr.	PLZ	Wohnort

Heimatanschrift (falls abweichend):

Straße /Haus Nr.	PLZ	Wohnort

Hebammenschule:

--

gewünschtes Eintrittsdatum	Geburtsdatum	voraussichtliches Examensdatum

- Ich nehme am Einzugsverfahren teil
- Ich überweise meine Beiträge bei Fälligkeit

Ich ermächtige den Deutschen Hebammenverband meine Beiträge bei Fälligkeit, bis auf Widerruf, folgendem Konto zu belasten:

Konto Nr.	Bankleitzahl	Bankinstitut

Kontoinhaber - falls abweichend

Ich bin darüber informiert, dass mir bei Rücklasten, für die ich verantwortlich bin (keine Kontodeckung, falsche Bankdaten), der Rücklastaufwand in Höhe von €13,00 in Rechnung gestellt wird.

Meine Kommunikationsdaten:

Telefon – privat	
Fax	
Mobiltelefon	
E-Mailadresse	

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

Ort, Datum Unterschrift