



Deutscher Hebammenverband e. V.
Postfach 17 24

76006 Karlsruhe

Beitrittserklärung

Bitte in Druckschrift gut lesbar ausfüllen

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

--	--	--

Vorname

Name

Geburtsname

--	--	--

Straße /Haus Nr.

PLZ

Wohnort

Ich werde als Mitglied dem Landesverband meines Bundeslandes (Wohnort) zugeordnet.

--	--

Bundesland

Anderer Landesverband gewünscht

Aktive Mitgliedschaft	Passive Mitgliedschaft
Jahresbeitrag alte Bundesländer: €191,00	Jahresbeitrag alle Bundesländer: €30,00
Jahresbeitrag neue Bundesländer: €172,00	
<u>Ich bin tätig als:</u> <input type="radio"/> angestellte Hebamme <input type="radio"/> freiberufliche Hebamme <input type="radio"/> angestellte + freiberufliche Hebamme <div style="text-align: right; font-size: small;">Zutreffendes bitte ankreuzen</div>	<u>Ich bin nicht als Hebamme tätig:</u> <input type="radio"/> Mutterschutz / EZU <input type="radio"/> Rentnerin <input type="radio"/> nicht berufstätig <input type="radio"/> arbeitsunfähig - gesundheitliche Gründe <input type="radio"/> Auslandsaufenthalt <input type="radio"/> arbeitslos <div style="text-align: right; font-size: small;">Zutreffendes bitte ankreuzen</div>

Gruppen-Berufsrechtsschutzversicherung: Jahresbeitrag €17,90

obligatorisch bei der aktiven Mitgliedschaft - bitte ankreuzen wenn nicht gewünscht

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

gewünschtes Eintrittsdatum	Geburtsdatum	Examensdatum - Kopie der Hebammenanerkennung erforderlich

Ich ermächtige den Deutschen Hebammenverband e. V. 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 - dienstlich	
Telefon – privat	
Fax	
Mobiltelefon	
E-Mailadresse	

Arbeitgeber

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

Ort, Datum

Unterschrift

- Bitte übersenden Sie mir Informationen zur Gruppen-Haftpflicht-Versicherung
- Mein ausgefüllter Aufnahmeantrag für die Gruppen-Haftpflicht-Versicherung liegt bei