



Deutscher Hebammenverband e.V.
Postfach 17 24
76006 Karlsruhe

Beitrittserklärung für Fördermitglieder

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als Fördermitglied in den Deutschen Hebammenverband e.V.

Vorname		Name	
Straße		PLZ	Ort
Institution			
Telefon (Dienst/Praxis)		Telefon (Privat)	Fax
E-Mail			

Mindestbeitrag: jährlich 60.00 €

Eintritt in den Deutschen Hebammenverband ab: _____

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren

von jährlich _____ €

Kontonummer	Bankleitzahl	Bank
-------------	--------------	------

Ich ermächtige den Deutschen Hebammenverband e.V., die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

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

Datum, Unterschrift

evtl. Stempel