

**BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR HEBAMMENGEELEITETE
EINRICHTUNGEN / HEBAMMENGEELEITETE PRAXEN**

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme meiner/unserer Hebammengeleiteten Einrichtung / Hebammengeleiteten Praxis in den Landesverband

--	--

Bundesland des Sitzes der Einrichtung

oder falls gewünscht anderer Landesverband

--

Name der Einrichtung (Träger)

--	--

Rechtsform der Einrichtung

Institutionskennzeichen (IK) der Einrichtung

--

Ansprechpartner*in (Vorname, Name)

--	--	--

Straße

PLZ

Ort

--	--	--

Telefon

E-Mail-Adresse

Internetseite

--

Gewünschtes Eintrittsdatum (frühestens zum Posteingangsdatum)

Mitgliedsbeitrag

gem. Beitragsordnung des Deutschen Hebammenverband e. V. und seiner Mitgliedsverbände:

C. Außerordentliche Mitgliedschaft 2. Juristische Personen wie HgE/hebammengeleitete Praxen	Jahresbeitrag 50,00 €
--	--------------------------

Gruppen-Haftpflicht-Versicherung

- Bitte übersenden Sie mir/uns Informationen zur Haftpflichtversicherung für Hebammengeleitete Einrichtungen mit Geburtshilfe (HgE)

SEPA-Lastschriftmandat

Deutscher Hebammenverband e. V., Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe

Gläubiger-Identifikationsnummer DE43DHV00000607579

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Deutscher Hebammenverband e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutscher Hebammenverband e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber*in (falls abweichend von Antragsteller*in)

Vorname und Name _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in

Einwilligung in die Übermittlung meiner/unserer personenbezogenen Daten an die Bank zu Zwecken der Abwicklung des SEPA-Lastschriftmandats.

Mit der Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats willige/n ich/wir ein, dass der Deutsche Hebammenverband e. V. meine/unsere personenbezogenen Daten (insbesondere Name, IBAN/BIC, Beitragshöhe) für die Abwicklung des SEPA-Lastschriftmandats an den/die ausführenden Zahlungsdienstleister übermittelt. Die Übermittlung der vorstehend genannten Daten ist Voraussetzung dafür, dass der Deutsche Hebammenverband e. V. die satzungsgemäßen Beiträge über das SEPA-Lastschriftmandat einziehen kann. Meine/unsere Einwilligung ist Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung für den vorgenannten Zweck. Meine/unsere Einwilligung ist freiwillig. Ich bin/wir sind berechtigt, meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Weitere Informationen zum Datenschutz finde/n ich/wir unter <https://www.hebammenverband.de/datenschutz/>.

Sollte bei Abbuchung das Konto nicht ausreichend gedeckt sein, ein Widerruf Ihrerseits erfolgen bzw. die uns bekannten Bankdaten nicht korrekt sein, ist der Deutsche Hebammenverband e. V. berechtigt, Ihnen die angefallene Rücklastschriftgebühr in Rechnung zu stellen.

Datenschutz

Meine/unsere personenbezogenen Daten werden vom Deutsche Hebammenverband e. V. unter Beachtung der Datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Deutschen Datenschutzrechts (BDSG) für die Begründung und Verwaltung meiner/unserer Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden meine/unsere Daten ausschließlich zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weitergegeben und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner/unserer gesonderten Einwilligung. Eine Weitergabe der Daten zu Marketingzwecken findet nicht statt. Weitere Hinweise zum Datenschutz finde/n ich/wir unter <https://www.hebammenverband.de/datenschutz/>.

Erweiterte Datenschutzerklärung für die Aufnahme in einen Landesverbandes des DHV mit Kreisstruktur¹:

Meine/unsere personenbezogenen Daten werden vom Landesvorstand des entsprechenden Landesverbandes zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Deutschen Datenschutzrechts (BDSG) an die Sprecherinnen der Kreisgruppen/die Kreisvorsitzenden weitergeleitet und dort auch gespeichert. Ich/wir erteile/n hierzu ebenfalls mein/unser Einverständnis. Mir/uns ist bekannt, dass die Kreissprecherinnen/Kreisvorsitzenden die Daten ebenfalls speichern und zum rechtmäßigen Umgang mit Daten ordnungsgemäß verpflichtet wurden.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit formfrei widerrufen kann/können und dass im Widerrufsfall eine Betreuung der Mitgliedschaft im Sinne der satzungsmäßigen Aufgaben nicht mehr gewährleistet ist. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich/wir habe/n die Informationen zum Datenschutz, die Satzung des von mir/uns gewählten Landesverbandes und die Beitragsordnung des Deutschen Hebammenverbandes zur Kenntnis genommen und erkenne/n diese an. Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit der Angaben die ich/wir dem Deutschen Hebammenverband e. V. zum Zwecke der Datenerfassung im Zusammenhang mit dem Beitritt meiner/unserer hebammengeleiteten Einrichtung/hebammengeleiteten Praxis zur Verfügung stelle/n.

Datum

Unterschrift des/der Vertretungsberechtigten der Einrichtung

Der Landesverband stimmt der Aufnahme zu:

ja

nein

Datum

Stempel und Unterschrift

¹ Zu den Landesverbänden mit Kreisstruktur gehören LV Baden-Württemberg, LV Bayern, LV Hessen, LV Rheinlandpfalz, LV Niedersachsen, LV Nordrhein-Westfalen und LV Schleswig-Holstein.