

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hebamme

Bitte in Druckschrift gut lesbar ausfüllen!

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Landesverband:

Bundesland Ihres Wohnortes	oder falls gewünscht anderer Landesverband

Vorname	Name	Geburtsname

Straße/Haus-Nr.	PLZ	Ort

gewünschtes Eintrittsdatum	Geburtsdatum	Examensdatum

Kopie der Anerkennungsurkunde

liegt bei

wird kurzfristig nachgereicht

Ordentliche Mitgliedschaft	Außerordentliche Mitgliedschaft
Jahresbeitrag: € 295,00	Jahresbeitrag: € 50,00
Ich bin tätig als* <input type="checkbox"/> angestellte Hebamme <input type="checkbox"/> freiberufliche Hebamme <input type="checkbox"/> angestellte + freiberufliche Hebamme	Ich bin nicht als Hebamme tätig* <input type="checkbox"/> Rentnerin <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Mutterschutz/ Erziehungsurlaub <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig (gesundheitliche Gründe)

*Zutreffendes bitte ankreuzen

Gruppen-Berufsrechtsschutzversicherung

Bei ordentlicher Mitgliedschaft zzgl. € 21,40 Jahresbeitrag.

Nein, ich wünsche keine Berufsrechtsschutzversicherung.

Zahlweise

- Ich überweise meine Beiträge bei Fälligkeit
- Ich nehme am SEPA-Lastschriftverfahren teil

Deutscher Hebammenverband e. V., Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe
Gläubiger-Identifikationsnummer DE43DHV00000607579
Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Deutschen Hebammenverband e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutschen Hebammenverband e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

Vorname und Name _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN _____

Ort, Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

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 Höhe von 13,00 € in Rechnung zu stellen.

Kontaktdaten

Arbeitgeber	
Telefon dienstlich	
Telefon privat	
Fax	
Mobiltelefon	

Ja, ich leiste meinen Beitrag zum Umweltschutz und möchte in Zukunft Folgendes per E-Mail erhalten:

- alle Informationen des Verbandes
- Rechnungen / Versicherungsbestätigungen
- Newsletter

E-Mail-Adresse:

Gruppen-Haftpflicht-Versicherung

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

Datenschutz

Ich bestätige die wahrheitsgemäßen Angaben zu meiner Person, die ich dem Deutschen Hebammenverband e. V. zum Zweck der Mitgliederverwaltung zur Verfügung stelle. Ich bin darüber informiert, dass zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften, personenbezogene Angaben durch den Deutschen Hebammenverband e. V. erhoben, verarbeitet und genutzt werden und erteile hierzu mein Einverständnis. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann und dass im Widerrufsfall eine Betreuung meiner Mitgliedschaft im Sinne der satzungsmäßigen Aufgaben nicht mehr gewährleistet ist.

Datum

Unterschrift

Vom Landesverband auszufüllen)

Der Landesverband stimmt der Aufnahme zu:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____ Datum	_____ Stempel und Unterschrift	