

Deutscher Hebammenverband e.V.
Postfach 1724
76006 Karlsruhe

Beitrittserklärung zur Aufnahme in den Deutschen Hebammenverband e.V.

Name/Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Nationalität
Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)	Fax
Hebammenexamen (wo)	Wann	weitere Examen
Eintritt in den DHV e.V ab	Bundesland	E-Mail

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. nennen:

- angestellt 100% weniger als 100% wo _____
- freiberuflich Hebammenpraxis Geburtshaus Beleghebamme wo _____
- Geburtshilfe in der Freiberuflichkeit Schwangerenvorsorge Geburtsvorbereitung Nachsorge

Mitgliedsbeitrag zzt. jährlich:

- alte Bundesländer 173,25 € neue Bundesländer 155,90 € Hebammenschülerinnen 13,00 €
- im Ruhestand oder vorübergehend nicht tätig (passive Mitgliedschaft) 30,- €
- Gruppen-Berufsrechtsschutzversicherung: zzt. jährlich 14,25 € (obligatorisch)
- Bitte senden Sie mir einen Antrag zur Gruppenhaftpflichtversicherung des **DHV**.

Abuchungsvollmacht:

Name/Vorname	
Kontonr.:	BLZ
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 satzungsgemäßen Aufgaben des DHV bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------