



Deutscher Hebammenverband e. V.
Postfach 17 24
76006 Karlsruhe

Änderungsmitteilung

Mitgliedsnummer	Geburtsdatum	Landesverband

Vorname	Name

Folgende Daten haben sich geändert oder ändern sich zum _____

Kontaktdaten

Name	Anschrift

Telefon	E-Mail	Fax

Landesverband

Ich bin in ein anderes Bundesland umgezogen und stimme dem Landesverbandswechsel zu

ja

nein

Mitgliedsstatus

Ich bin als Hebamme tätig und beantrage den Wechsel in die aktive / ordentliche Mitgliedschaft als

angestellte Hebamme

freiberuflich tätige Hebamme

--

Arbeitgeber (wenn angestellt)

Ich bin nicht als Hebamme tätig und beantrage den Wechsel in die passive / außerordentliche Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin (01.01. bzw. 01.07.)

Grund:

Mutterschutz/Elternzeit

Auslandsaufenthalt

Ruhestand/Altersteilzeit

sonstige z. B. gesundheitliche Gründe oder Arbeitslosigkeit

Versicherungsform in der Gruppen-Haftpflicht-Versicherung

- Der ausgefüllte Aufnahmeantrag/Änderungsantrag liegt bei
 Ich bitte um Zusendung des Aufnahmeantrages

Bankdaten/Einzugsermächtigung

- 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.

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:

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