

Registrierungs-/Mitglieds-Nr. (wird vom Verband ausgefüllt)

Hinweis: Der Aufnahmeantrag kann am Bildschirm ausgefüllt werden, danach bitte den unterschriebenen Originalausdruck an untenstehende Adresse senden. Oder das PDF ausdrucken und per Hand ausfüllen und danach das Original versenden.

Allgemeine Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Land	PLZ und Wohnort	
Straße und Hausnummer		
Telefon	Mobil-Telefon	
Telefax	E-Mail	

Mitgliedschaft

- Ich beantrage die Mitgliedschaft im DFH als Fördermitglied – Jahresbeitrag Mindestbeitrag 60,00 €
 Ich beantrage die Mitgliedschaft im DFH als Fördermitglied – Jahresbeitrag freiwillig höher als Mindestbeitrag _____ €

- Ich beantrage die Mitgliedschaft im DFH als Hebammenschülerin – Jahresbeitrag 30,00 €

Examen voraussichtlich am: _____

Bitte Schul-/Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Die Mitgliedschaft geht satzungsgemäß mit bestandenem Examen zunächst in eine fördernde Mitgliedschaft über, wenn sie nicht vier Wochen vor Ablauf der Ausbildung gekündigt wird.

Hinweis: Die Mitgliedschaft beginnt mit der Aufnahmebestätigung durch den Vorstand des DFH per E-Mail, damit wird der Mitgliedsbeitrag fällig.

Bankeinzug

- Hiermit erteile ich dem DFH widerruflich eine Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag im DFH.

Kontoinhaber: _____ IBAN: _____

Bankinstitut: _____ BIC: _____

Ich bin darüber informiert, dass mir bei Rücklasten, für die ich verantwortlich bin, z. B. keine Kontodeckung, falsche Bankdaten, der Rücklastaufwand in Höhe von 13,- € in Rechnung gestellt wird.

- Ich wünsche keinen Bankeinzug und überweise selbst im ersten Quartal des Jahres.

Ort, Datum und Unterschrift

Nennen Sie bitte kurz Ihre Beweggründe für den Verbandsbeitritt:

Verfügen Sie über Kompetenzen oder Kontakte, die Sie in die Verbandsarbeit einbringen möchten? Wenn ja, über welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Satzung bekannt ist. Ich habe sie gelesen und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift.
Hinweis: Sie finden die Satzung auf unserer Internetseite: www.dfh-hebammen.de

- Mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner oben angegebenen Daten durch den DFH im Rahmen der Mitglieder-
verwaltung bin ich einverstanden. Ich werde darüber informiert, dass diese Einwilligung jederzeit ohne Nachteile widerrufen werden
kann. Einer Weitergabe der Daten an Dritte stimme ich nicht zu.

Ort, Datum und Unterschrift

Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
Geschäftsstelle
Ebenried 18
90584 Allersberg

Bitte den Aufnahmeantrag im Original per Post senden an: