

Aufnahmeantrag – Vollmitglied –

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

Hinweis: Der Aufnahmeantrag kann am Bildschirm ausgefüllt werden, danach bitte den unterschriebenen Originalausdruck an unten stehende 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	

Berufliche Angaben

Hebamme seit:	<input type="checkbox"/> Hausgeburtshilfe <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Beleggeburten 1:1 <input type="checkbox"/> keine Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> ausschließlich freiberuflich <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> angestellt und freiberuflich <input type="checkbox"/> Schichtdienst Belegsystem
---------------	--	---

Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Ernennungsurkunde sowie ggf. bestehende Beleg- oder Partnerschaftsverträge zu.

Hebammenkunst

Ich habe mir mein Wissen zur Hebammenkunst selbst angeeignet und arbeite bereits danach. Ein Experteninterview zur Erlangung eines Zertifikates kommt für mich in Frage.

Ich habe folgende Fortbildungen in der Hebammenkunst oder ähnliche Fortbildungen belegt :

Datum: _____ Kurs: _____

Datum: _____ Kurs: _____

Datum: _____ Kurs: _____

Datum: _____ Kurs: _____

Datum: _____ Kurs: _____

Bitte reichen Sie eine Kopie der Teilnahmebescheinigung/en oder des Zertifikats ein.

Ich habe bisher keine Fortbildungen in der Hebammenkunst besucht, werde aber innerhalb von 3 Jahren entsprechende Fortbildungen nachweisen.

Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft im DFH als **Vollmitglied**; Jahresbeitrag 250,00 € zzgl. einer einmaligen Aufnahmegebühr 250,00 €

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
Lokstedter Weg 57
20251 Hamburg

Bitte den Aufnahmeantrag im Original per Post senden an: