

Beitrittserklärung zum BeKD e.V. ab _____

Datum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

E-Mail-Adresse

Telefon

In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?

Arbeitsort:

Stationäre Einrichtung

(Akutkrankenhaus, Reha-Klinik, Hospiz, Kinder-u. Jugendpsychiatrie ...)

Außerklinischer Bereich

(Ambulante Pflege, Freiberuflichkeit, Frühe Hilfen, Kindergarten, Schulen, Behörden, Industrie ...)

Bildungseinrichtungen

(Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hochschule)

Qualifikation

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Weiterbildung(en): _____

Studium: _____

Für Gesundheits- und Krankenpfleger/in: Tätigkeit bei Kindern seit _____
Tätigkeitsbereich bei Kindern:

Nachweis liegt bei _____

Berufsstand

Selbständig

Angestellt

Schüler/in / Student/in

Rentner/in

Unterschrift: _____

Unsere Jahresbeitragssätze:

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheits-u. Kinderkrankenpfleger/in Gesundheits-u. Krankenpfleger/in	<input type="checkbox"/> 115,00 Euro	<input type="checkbox"/> 105,00 Euro
Schüler/in /Student/in	<input type="checkbox"/> 50,00 Euro	<input type="checkbox"/> 45,00 Euro
Rentner/in	<input type="checkbox"/> 70,00 Euro	<input type="checkbox"/> 60,00 Euro
freiberuflich Tätige	<input type="checkbox"/> 235,00 Euro	<input type="checkbox"/> 225,00 Euro

Zzgl. zu o. g. Beiträgen kann eine Versicherung für Heilpraktikertätigkeiten in Höhe von 120,00 Euro/Jahr abgeschlossen werden.

BeKD e.V.-Geschäftsstelle

Regina Rogge

Zum Brinkfeld 16

31555 Suthfeld

Telefon:01 76 – 59 39 77 89

E-Mail: Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de

Homepage: www.bekd.de

Bankverbindung:

Hannoversche Volksbank (BLZ 25190001) Kto. 0012031600

IBAN DE90 2519 0001 0012 0316 00 BIC VOHADE2HXXX

Weitere Auskünfte über Service- und Sachleistungen erteilt Ihnen gerne die Geschäftsstelle des BeKD e.V.

Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag

Ich ermächtige den BeKD e.V. mit der Gläubiger-ID DE32ZZZ00000232290, den Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft im BeKD e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BeKD e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber/in (falls abweichend)

Datum/Unterschrift