



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT:

EINZELMITGLIED HEBAMME

- Stimmrecht

PER MAIL: info@netzwerk-geburtshaeuser.de

PER POST: Netzwerk der Geburtshäuser, Villenstraße 6, 53129 Bonn

Ich erkenne die Satzung des Vereins an und unterstütze seine Ziele.

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON/EMAIL: _____

GEBURTSHAUS: _____

Das Geburtshaus ist Mitglied im Netzwerk der Geburtshäuser:

JA NEIN

Ich bin im Geburtshaus geburtshilflich tätig:

JA NEIN

Ich bin Mitglied im:

BfHD DHV

Beitragsregelung:

150,00 €	Grundbeitrag	Hebammen, die in einem Mitglieds-Geburtshaus des Netzwerks der Geburtshäuser tätig <u>und in keinem</u> weiteren vertragschließenden Verband nach § 134a) SGB V Mitglied (BfHD, DHV) sind
50,00 €	Ermäßigter Beitrag	Hebammen, die in einem Mitglieds-Geburtshaus des Netzwerks der Geburtshäuser tätig <u>und in einem</u> weiteren vertragschließenden Verband nach § 134a) SGB V Mitglied (BfHD, DHV) sind

Ich ermächtige das **Netzwerk der Geburtshäuser e.V.**, Villenstraße 6, 53129 Bonn, Gläubiger-Identifikationsnummer **DE37ZZZ00000418537**, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

150,00 EURO/JAHR

50,00 EURO/JAHR

in diesem Jahr ab dem _____ und ab dem kommenden Jahr zum 31.03. durch das Netzwerk der Geburtshäuser e.V. von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Netzwerk der Geburtshäuser eingezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Kontobelastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Das **Netzwerk der Geburtshäuser e.V.** wird mir die Mandatsreferenznummer mit dem ersten Lastschrift-Einzug mitteilen. Als Mandatsdatum wird das Datum meiner Unterschrift verwendet.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT