

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Heike Saalman
Im Neuen Lande 12b
D-31228 Peine



Antrag auf Mitgliedschaft in der DGHWi e.V.

Gewünschter Beginn der Mitgliedschaft: _____ (nur zum 01. eines Monats)

Form der Mitgliedschaft:

Hiermit beantrage ich folgende Mitgliedschaft bei der DGHWi:

| Beitragssatz | | Beitragssumme | Gewünschte Form der Mitgliedschaft (Bitte ankreuzen!) |
|----------------------------|---|---------------|---|
| Ordentliche Mitgliedschaft | Regulär | 110,00 € | |
| | Ermäßigt Bitte beachten Sie: Der ermäßigte Beitrag muss jedes Jahr zwischen dem 01.01.-28.02. erneut beantragt werden. | 55,00 € | |
| | Solidarisch, mind. 150,00€ | _____ € | |
| Fördermitgliedschaft | mind. 150,00 € Beitragssatz | _____ € | |

Es gelten die Aufnahmebedingungen entsprechend der Satzung der DGHWi, einzusehen auf der DGHWi Homepage. Die aktuellen Beitragssätze basieren auf der Satzung und den Beschlüssen der Mitgliederversammlung vom 15.02.2019.

Angaben zur Person:

Nachname

Titel*

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

E-Mail

Höchster Bildungsabschluss*

Hebamme:

Ja

Nein

Beruf: _____

oder

* freiwillige Angaben

Angaben zur Organisation

| | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Name der Organisation | Ansprechpartner_in der Organisation* |
| Straße/Hausnummer | Postleitzahl/Ort |
| E-Mail | Telefon* |

**Im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft erhalten Sie 2x/Jahr die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft.
In welcher Form möchten Sie diese erhalten?**

Digitale Version

Printversion

Angaben zur Zahlungsart:

Sepa-Basis-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000231595 Mandatsreferenz: _____
(von der DGHWi vergeben)

Hiermit ermächtige ich die Schatzmeisterin der DGHWi, den jeweils gültigen Jahresbeitrag bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Ich verpflichte mich, jede Änderung meiner Bankverbindung umgehend dem Vorstand der DGHWi mitzuteilen und die Kosten, die im Rahmen einer nicht ausreichenden Deckung meines Kontos entstehen, zu übernehmen.

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.

| | |
|-----------------|----------------|
| Kontoinhaber/in | Kreditinstitut |
| IBAN | BIC |

Überweisung

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € jährlich bis zum 31.03. auf das Konto der DGHWi e.V.

Kontoinhaber: Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V.
Kreditinstitut Postbank
IBAN DE49 4401 0046 0413 8448 65
BIC PBNKDEFF

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung dieser Daten gem. der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. bin ich einverstanden. Dies beinhaltet die Unterlassung der Weitergabe meiner Daten an dritte Personen außerhalb des Vorstandes.

Mit Aufnahme meines Namens, ggf. der dazugehörigen Institution und meiner E-Mail-Adresse in ein für Mitglieder zugängliches Mitgliedsregister bin ich einverstanden. Ja Nein

| | |
|-----------|--------------|
| Ort/Datum | Unterschrift |
|-----------|--------------|

* freiwillige Angaben