

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
 Heike Saalmann
 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	200,00 €	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ermäßigt*	100,00 €	<input type="checkbox"/>
	Studierende*	55,00 €	<input type="checkbox"/>
Fördermitgliedschaft	mind. 300,00 € Beitragssatz	_____ €	<input type="checkbox"/>

* Der ermäßigte Beitrag muss jährlich erneut zwischen dem 1. Januar und 28. Februar bei der Schatzmeisterin (formlos und ohne Angaben von Gründen) beantragt werden. Gleiches betrifft Studierende, sie müssen jedoch einen Studiennachweis erbringen. Ohne Benachrichtigung wird der Beitrag auf den regulären Beitrag zurückgesetzt.

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 31.01.2025.

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 (bei einer Fördermitgliedschaft)

[Redacted]	
Name der Organisation	Ansprechpartner*in der Organisation*
[Redacted]	
Straße/Hausnummer	Postleitzahl/Ort
[Redacted]	
E-Mail	Telefon*

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

Digitale Version (aus Gründen der Nachhaltigkeit entfällt die Printversion ab Sommer 2025)

Angaben zur Zahlungsart:

Sepa-Basis-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000231595 Mandatsreferenz: [Redacted]
(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.

[Redacted]	[Redacted]
Kontoinhaber/in	Kreditinstitut
[Redacted]	[Redacted]
IBAN	BIC

Überweisung

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag in Höhe von [Redacted] € 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 4884 65
BIC PBNKDEFF

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

[Redacted]	_____
Ort/Datum	Unterschrift

* freiwillige Angaben