

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hebammennetzwerk Münsterland e.V.:

Aktives Mitglied (inkl. Eintrag in die Online-Hebammenliste)

Diese Mitglieder sind wahl- und stimmberechtigt in der Mitgliederversammlung und zahlen einen Jahresbeitrag*) in Höhe von **60,-- Euro**.

***) Hinweise zur Beitragszahlung:**

Der Mitgliedsbeitrag kann ausschließlich per **Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat** gezahlt werden. Bitte füllen Sie das beiliegende Formular aus, ebenso die **Einverständniserklärung zur Datennutzung** in der Hebammenzentrale durch unseren Kooperationspartner ASB RV Münsterland e.V. Fügen Sie beide Formulare zusammen mit einer **Kopie Ihrer Berufserlaubnis** diesem Antrag bei.

Nach der Anmeldung wird der gesamte Jahresbeitrag für das erste Jahr eingezogen. In den Folgejahren dann jeweils zu Jahresbeginn.

Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich jeweils zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Eine Rückerstattung von Beiträgen ist nicht möglich. Der Vorstand behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Hinweis: Diese Angaben werden ausschließlich für die Mitgliederliste des Vereins verwendet.
Für alle Angaben zum Eintrag in der **Hebammenliste** nutzen Sie bitte die Felder auf **Seite 2** dieses Antrags.

Vorname und Name	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass Mitteilungen nur über meine genannte E-Mail-Adresse bzw. über Nachrichten auf der Homepage des Vereins erfolgen. Kommunikation, welche sensible personenbezogene Daten enthält, ist davon ausgenommen und erfolgt seitens des Vereins ausschließlich per Briefpost.

Ich habe die Satzung des Vereins gelesen und erkläre mich damit einverstanden. Die Satzung kann von der Homepage des Vereins heruntergeladen werden: www.hebammennetzwerk-muensterland.de

[Antrag bitte auf Seite 2 unterschreiben!]

Eintrag in der Hebammenliste Münsterland

Der Verein erstellt und pflegt die Hebammenliste Münsterland in der Online-Version auf seiner Homepage.

<input type="checkbox"/> Ich wünsche einen Eintrag in der Hebammenliste		
Name		
Vorname		
PLZ und Ort		
Telefon		
Homepage		
Fremdsprache(n)		
Leistungen	<input type="checkbox"/> Schwangerenvorsorge mit Mutterpass <input type="checkbox"/> Betreuung von Risikoschwangeren <input type="checkbox"/> Wochenbettbetreuung <input type="checkbox"/> Rückbildungsgymnastik	<input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitung <input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitung für Paare <input type="checkbox"/> Hausgeburten <input type="checkbox"/> Geburten im Geburtshaus <input type="checkbox"/> Beleghebamme (Geburtsbegleitung ins KH)
Hebammenpraxis / Geburtshaus / Partnerschaft		
Name		
Straße mit Nr.		
PLZ und Ort		
Telefon		
Homepage		

Bei späteren Änderungen der Angaben informieren Sie uns bitte per E-Mail an verein@hebammennetzwerk-muensterland.de. Die Online-Version der Hebammenliste Münsterland wird jeweils zum Monatsende aktualisiert.

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Hebammennetzwerk Münsterland e.V. per E-Mail an verein@hebammennetzwerk-muensterland.de Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000840448
	Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.	
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): D E	BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen): D E
Ort:	Datum:
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) darüber unterrichten.

Kooperation mit dem Arbeiter-Samariter-Bund



**Hebammennetzwerk
Münsterland e.V.**

Anschrift

Hebammennetzwerk Münsterland e.V.

Vorsitzende:

Ricarda Wittkamp

E-Mail

verein@hebammennetzwerk-muensterland.de

Internet

www.hebammennetzwerk-muensterland.de

Einverständniserklärung zur gemeinsamen Datennutzung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Nutzung meiner beim Hebammennetzwerk Münsterland e.V. erfassten Daten durch den Kooperationspartner Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Münsterland e.V. in dem für die Kooperation erforderlichen Umfang.

Diese Genehmigung gilt ausdrücklich nicht für Angaben zu meiner Bankverbindung.

Diese Genehmigung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Hebammennetzwerk Münsterland e.V.

Gemeinnütziger Verein • Vorsitzende: Ricarda Wittkamp • Vereinsregister Münster VR 5321
Internet: www.hebammennetzwerk-muensterland.de • E-Mail: verein@hebammennetzwerk-muensterland.de
IBAN: DE76 4005 0150 0034 3853 85 • BIC: WELADED1MST • Sparkasse Münsterland Ost