

# Beitrittserklärung zum BeKD e.V.

ab

Datum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Email Adresse

Telefon

In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?

## Arbeitsort:

Stationäre Einrichtung

(z. B. Akutkrankenhaus, Reha-Klinik, Hospiz, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Außerklinischer Bereich

(z. B. Ambulante Pflege, Kindergarten, Schulen, Behörden, Industrie)

Bildungseinrichtungen

(z. B. Aus-, Fort- und Weiterbildung)

## Qualifikation

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger

Weiterbildung: \_\_\_\_\_

Sonstige Weiterbildungen: \_\_\_\_\_

Studium: \_\_\_\_\_

## Berufsstand

Selbständig

Angestellt

Schüler/Student

Rentner

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Unsere Jahresbeitragssätze

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheits- und .Kinderkrankenpfleger/in	105,00 €	95,00 €
Schüler/Studenten	45,00 €	40,00 €
Rentner	63,00 €	53,00 €
freiberuflich Tätige	225,00 €	215,00 €

## Geschäftsstelle des BeKD e.V.

Kinderkrankenhaus auf der Bult

Janusz-Korczak-Allee 12

30173 Hannover

Telefon: 05 11 - 28 26 08

Telefax: 05 11 - 85 15 16

Email: [Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de](mailto:Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de)

Homepage: [www.bekd.de](http://www.bekd.de)

## Bankverbindung:

Postbank Hannover (BLZ 250 100 30) Kto. 529 693 08

Volksbank Hannover (BLZ 251 900 01) Kto. 120 316 000

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

## Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag

Kontonummer

BLZ

Geldinstitut

Kontoinhaber (falls abweichend)

Datum

Unterschrift