

# 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**

(Akutkrankenhaus, Reha-Klinik, Hospiz, Kinder-u.Jugendpsychiatrie ...)

**Außerklinischer Bereich**

(Ambulante Pflege, Freiberuflichkeit, Frühe Hilfen, Kindergarten, Schulen, Behörden, Industrie ...)

**Bildungseinrichtungen**

(Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hochschule)

## Qualifikation

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Weiterbildung(en): \_\_\_\_\_

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

Für Gesundheits- und Krankenpfleger/in: Tätigkeit bei Kindern seit  
Tätigkeitsbereich bei Kindern:

Nachweis liegt bei

## Berufsstand

Selbständig

Angestellt

Schüler/in / Student/in

Rentner/in

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

## Unsere Jahresbeitragssätze:

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Gesundheits-u. Kinderkrankenpfleger/in Gesundheits-u. Krankenpfleger/in	<input type="checkbox"/> 115,00 Euro	<input type="checkbox"/> 105,00 Euro
Schüler/in /Student/in	<input type="checkbox"/> 50,00 Euro	<input type="checkbox"/> 45,00 Euro
Rentner/in	<input type="checkbox"/> 70,00 Euro	<input type="checkbox"/> 60,00 Euro
freiberuflich Tätige	<input type="checkbox"/> 235,00 Euro	<input type="checkbox"/> 225,00 Euro

Zzgl. zu o. g. Beiträgen kann eine Versicherung für Heilpraktikertätigkeiten in Höhe von  120,00 Euro/Jahr abgeschlossen werden.

**Geschäftsstelle des BeKD e.V**  
**c./o. Auf der Bult – Zentrum für Kinder und Jugendliche**  
**Janusz- Korczak Allee 12**  
**30173 Hannover**  
**Telefon:0511/282608**  
**Telefax 0511/851516**  
**E-Mail: [Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de](mailto:Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de)**  
**Homepage: [www.bekd.de](http://www.bekd.de)**

### **Bankverbindung:**

**Hannoversche Volksbank (BLZ 25190001) Kto. 0012031600**  
**IBAN DE90 2519 0001 0012 0316 00 BIC VOHADE2HXXX**

**Postbank Hannover (BLZ 25010030) Kto .0052969308**  
**IBAN DE79 2501 0030 0052 8693 08 BIC PBNKDEFF**

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

### **Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag**

*Ich ermächtige den BeKD e.V. mit der Gläubiger-ID DE32ZZZ00000232290, den Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft im BeKD e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BeKD e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.*

*Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

\_\_\_\_\_  
Kontonummer BLZ

\_\_\_\_\_  
IBAN BIC

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber/in (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift