

Änderungsmeldung / Mitteilungen

Änderungsmeldungen und Mitteilungen senden sie bequem an den
Evangelischen Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit e.V.:

Per **Post** über: **Postfach 2401, 65014 Wiesbaden**

Per **Fax** über: **0611-186 0 187**

Mitglied: _____
Name, Vorname

Änderung der Beitragsgruppe:

Beitragsgruppen mit eingeschlossenem Versicherungsschutz	Beitragsgruppe	Richtgröße Gehalt (Brutto/ Monat)	Monatsbeitrag	Jahresbeitrag (11 Monatsbeiträge)
	<input type="checkbox"/> 1	bis 800,-- €	9,00 €	99,00 €
	<input type="checkbox"/> 2	801,-- bis 1.400,-- €	11,00 €	121,00 €
	<input type="checkbox"/> 3	1.400,-- bis 2.500,-- €	13,50 €	148,50 €
	<input type="checkbox"/> 4	2.501,-- bis 3.500,-- €	18,50 €	203,50 €
	<input type="checkbox"/> 5	ab 3.501,-- €	21,50 €	236,50 €
	<input type="checkbox"/> 6	Mitglied ohne Einkommen / in Elternzeit / im Ruhestand mit Versicherung	9,00 €	99,00 €

Beitragsgruppe ohne Versicherungsschutz

<input type="checkbox"/> 7	Auszubildende / Studierende <u>ohne</u> Berufstätigkeit Mitglied im Ruhestand	6,00 €	66,00 €
----------------------------	--	---------------	---------

Änderungen/Ergänzungen

Adresse / Telefonnummer:

E-Mail:

Sonstiges:

Ort, Datum _____

Unterschrift _____