Evangelischer Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit e. V.

BEITRITTSERKLÄRUNG zum _____

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ geb. am: _____ in: _____

Anschrift: _____

Telefon / E-Mail: _____

Familienstand: _____ Staatsangeh.: _____ Konfession: _____

Examen als: _____ am: _____

Ausbildungsstätte: _____

Sonstige Aus- und Weiterbildungen: _____

_____

Arbeitsfeld z.Zt.: _____
z.B.: Krankenhaus / Ambulanter Pflegedienst / Stationäre Altenhilfeeinrichtung / Hospiz

tätig als: _____ Geworben durch: _____
Funktion

Beitragsgruppe (bitte unbedingt ankreuzen)

Beitragsgruppen mit eingeschlossenem Versicherungsschutz			***Beitrag/Monat***
☐	Beitragsgruppe 1	Gehalt (Brutto/Monat) bis 800,-- €	9,00 €
☐	Beitragsgruppe 2	Gehalt von 801,-- bis 1.400,-- €	11,00 €
☐	Beitragsgruppe 3	Gehalt von 1.400,-- bis 2.500,-- €	13,50 €
☐	Beitragsgruppe 4	Gehalt von 2.501,-- bis 3.500,-- €	18,50 €
☐	Beitragsgruppe 5	Gehalt ab 3.501,-- €	21,50 €
☐	Beitragsgruppe 6	Mitglied ohne Einkommen Mitglied in Elternzeit Mitglied im Ruhestand mit Versicherung	9,00 €

PartnerInnenbeitrag (beide in der Pflege) je 80 % der jeweiligen Beitragsgruppe

Beitragsgruppe ohne Versicherungsschutz			
☐	Beitragsgruppe 7	Auszubildende Studierende ohne Berufstätigkeit Mitglied im Ruhestand	6,00 €

Beitragszahlung ☐ **jährlich (1 x 11 Monatsbeiträge)** ☐ **halbjährlich** ☐ **vierteljährlich**

_____ _____
Unterschrift Datum

Hierdurch ermächtige ich den Evangelischen Fach- und Berufsverband für Pflege und Gesundheit e.V., Auguste-Viktoria-Straße 16, 65185 Wiesbaden, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mit der

Nummer _____ bei der _____

(BLZ _____) einzuziehen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift