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 E-Mail: info@efaks.de

Mitglied: _____
Name, Vorname

Änderung der Beitragsgruppe:

Beitragsgruppe (bitte unbedingt ankreuzen)

Beitrags- gruppe	Bruttogehalt /Euro	Beitrag /Monat	Beitrags- gruppe	Bruttogehalt /Euro	Beitrag/ Monat	Beitrags- gruppe	Bruttogehalt /Euro	Beitrag /Monat
☐ 1	bis 450	8,50	☐ 5	1.601 bis 1.900	15,00	☐ 9	2.701 bis 3.000	22,00
☐ 2	451 bis 800	10,00	☐ 6	1.901 bis 2.200	16,50	☐ 10	3.001 bis 3.500	24,50
☐ 3	801 bis 1.400	11,50	☐ 7	2.201 bis 2.500	18,00	☐ 11	3.501 bis 4.000	27,00
☐ 4	1.401 bis 1.600	13,50	☐ 8	2.501 bis 2.700	20,00	☐ 12	ab 4.001	30,00
☐ 13	in Elternzeit/ im Ruhestand mit <u>Versicherung</u>	9,50	☐ 14	Auszubildende/ Studierende <u>ohne Berufstätigk.</u>	6,50	☐ 15	im Ruhestand <u>ohne</u> Versicherung	6,50

PartnerInnenbeitrag (beide in der Pflege): PartnerIn mit dem niedrigeren Einkommen Beitragsgruppe 13

Beitragszahlung: jährlich (5% Rabatt) halbjährlich vierteljährlich

Andere Änderungen/Ergänzungen:

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Sonstiges: _____

Einzugsermächtigung:

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

bei der _____
Bank

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift