



**BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR HEBAMMEN,  
SCHÜLER\*INNEN UND STUDIERENDE**

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Landesverband:

--	--

Bundesland Ihres Wohnortes

oder falls gewünscht anderer Landesverband

--	--	--

Vorname

Name

Geburtsname

--	--	--

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

--	--	--

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

--	--	--

gewünschtes Eintrittsdatum

Geburtsdatum

(vsl.) Examens-/Bachelordatum

--

Hebammenschule/Hochschule/Fachhochschule (Nur bei Schüler\*innen und Studierenden)

Die Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme/Entbindungspfleger oder die Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung

liegt bei

wird kurzfristig nachgereicht

**Mitgliedsbeitrag**

gem. Beitragsordnung des Deutschen Hebammenverband e. V. und seiner Mitgliedsverbände:

(Bitte ankreuzen)

<p><b>A. Ordentliche Mitgliedschaft mit vollem Beitrag</b></p> <p>Personen mit einer gültigen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme oder Entbindungspfleger. Bei aktiver Berufsausübung in</p> <p><input type="checkbox"/> originärer Hebammentätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Lehre und Forschung</p> <p><input type="checkbox"/> bezahlter Verbandsarbeit</p>	<p>Jahresbeitrag</p> <p>295,00 €</p>
--	--------------------------------------