



Katholischer Pflegeverband e.V.
Adolf-Schmetzer-Str. 2-4
93055 Regensburg

Beitrittserklärung

Mitgliederdaten (Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und dienen nur zur Führung der Mitgliederdatei)

Persönliche Daten:

Name und Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Bundesland: _____

Telefon: dienstl.: _____ privat: _____

E-Mail: _____

Qualifikation in der Pflege (Beruf/Studium): _____

Welcher Beitragsklasse (Selbsteinschätzung) gehören Sie an? _____

Sind Sie an einer aktiven Mitarbeit im Katholischen Pflegeverband e.V. interessiert:

ja: ☐

nein: ☐

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Katholischen Pflegeverbandes e.V. an:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift und meine Telefonnummer verbandsintern weitergegeben werden darf:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir verarbeiten Ihre Daten im Einklang mit unseren Datenschutzhinweisen.
<https://www.kathpflegeverband.de/index.php/datenschutz.html>

Als Mitglied geworben durch: Name/ Anschrift:



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

**Einverständniserklärung zur Nutzung personenbezogener Daten
Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO**

1. Hiermit bestätige ich, dass ich über die Homepage des Katholischen Pflegeverbandes e.V. (www.kathpflegeverband.de) auf die Informationspflicht der Datenschutzgrundverordnung nach Art. 13 DSGVO hingewiesen wurde.
2. Ich willige mit meinem Beitritt in den Katholischen Pflegeverband e.V. ein in die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den ausgewählten Zwecken und stimme zu, dass der Katholische Pflegeverband e.V. die von mir mitgeteilten persönlichen Daten erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt. Eine über die genannten Zwecke hinausgehende Datenverarbeitung findet nur statt, wenn diese aufgrund gesetzlicher Regelungen vorgeschrieben ist.
3. Ich stimme mit meinem Beitritt in den Katholischen Pflegeverband e.V. zu, an die angegebene E-Mail-Adresse weitere exklusive Inhalte, interessante Einladungen, Seminarangebote und Weiterbildungsveranstaltungen (dabei kann es sich auch um Veranstaltungen und Informationen von unseren Partnern handeln) erhalten zu wollen.

Die Einwilligung in den Versand ist jederzeit widerruflich
(per E-Mail an info@kathpflegeverband.de) oder an die Geschäftsstelle des Katholischen Pflegeverbandes e.V., 93055 Regensburg, Adolf-Schmetzer-Str. 2-4 und erfolgt entsprechend der Datenschutzerklärung des Anbieters.

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Nutzung personenbezogener Daten wie oben aufgeführt:

Ort / Datum

Unterschrift



Mitgliedsbeiträge

Beitragsklasse	Vergütung	Mitgliedsbeitrag
	Arbeitnehmer-Brutto	Jährlich €
Beitragsklasse 1	bis € 800,00	48,00
Beitragsklasse 2	von € 801,00 bis € 1.200,00	60,00
Beitragsklasse 3	von € 1.201,00 bis € 1.600,00	84,00
Beitragsklasse 4	von € 1.601,00 bis € 2.000,00	108,00
Beitragsklasse 5	von € 2.001,00 bis € 2.400,00	132,00
Beitragsklasse 6	von € 2.401,00 bis € 2.800,00	156,00
Beitragsklasse 7	von € 2.801,00 bis € 3.200,00	180,00
Beitragsklasse 8	von € 3.201,00 bis € 3.600,00	204,00
Beitragsklasse 9	von € 3.601,00 bis € 4.000,00	228,00
Beitragsklasse 10	ab € 4.001,00	250,00
Schüler / Studenten		36,00
Mitglieder ohne Einkommen / Arbeitslose		36,00
Rentner		65,00
Korporativ angeschlossene Schulen und Einrichtungen		185,00
Partner-Tarif	MG-Beitrag = 1,5 fache, der niedrigere Beitrag wird halbiert	

Unsere Sondertarife für Sie:

- **Schüler und Studenten: erstes Mitgliedsjahr beitragsfrei!**
- **Partnertarif: Der niedrigere Mitgliedsbeitrag wird halbiert!**
- **Korporativ angeschlossene Einrichtungen:
185,00 € jährlicher Beitrag, unabhängig von der Zahl der Mitarbeiter!**

Pax-Bank für Kirche und Caritas eG
Kamp 17, 33098 Paderborn

SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Katholischer Pflegeverband e.V.
Pflegeverband e.V.
Adolf-Schmetzer-Str. 2-4
93055 Regensburg

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use
Nr./No.

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE48ZZZ00000373137

Mandate reference/Mandatsreferenz

By signing this mandate form, you authorise

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers]

Katholischer Pflegeverband e.V.

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers]

Katholischer Pflegeverband e.V.

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

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

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

Swift BIC/BIC¹

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.