



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

## Beitrittserklärung

unter Anerkennung der Satzung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
„Katholischen Pflegeverband e.V.“

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

**Persönliche Daten:**

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: dienstl.: \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Schulabschluss:** Hauptschule  Mittlere Reife  Abitur

andere \_\_\_\_\_

Berufsausbildung oder Lehrabschluss: \_\_\_\_\_

**Ausbildung in der Pflege:**

(z.B.) Krankenpflege  
Kinderkrankenpflege  
Altenpflege

  
  

Krankenpflegehilfe  
Altenpflegehilfe  
\_\_\_\_\_

  
  

Ausbildungsstätte: \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt eine Kopie des Berufsabschlusses im Pflegeberuf beilegen!**

## Weiterbildungen

Art der Weiterbildung:

Abschluss: (Jahr)

---

---

---

---

Studium:

Abschluss: (Jahr)

---

---

---

Derzeitiger Arbeitgeber:

---

---

Welche Funktion üben Sie zur Zeit aus?

---

Monatliches Bruttoeinkommen: € .....

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.**

**Diese können Sie unter folgendem Link abrufen:**

<http://www.kathpflegeverband.de/datenschutzerklaerung.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](http://www.kathpflegeverband.de)) auf die Informationspflicht der Datenschutzgrundverordnung nach Art. 13 DSGVO hingewiesen werde.
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](mailto: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 meine Einverständnis zur Nutzung personenbezogener Daten wie oben aufgeführt:

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

# Pax-Bank eG, Filiale Mainz

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

## Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

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

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE48UUU00000373137

Mandatsreferenz

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Kath. Pflegeverband e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Kath. Pflegeverband e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN  
DE

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.