

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ und Ort

Telefon (tagsüber)

E-Mail

Berufsabschluss

Bezeichnung der Arbeitsstätte (Krankenhaus, Seniorenheim, ... )

Anschrift der Arbeitsstätte (freiwillig)

**Jahresbeiträge (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Regulär: 130 Euro  
(1. Jahr Schnuppermitgliedschaft: 65 Euro)
- Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in: 35 Euro
- Rentner/in, Pensionär/in: 97 Euro
- Familienpause/Arbeitslosigkeit: 65 Euro

Bei Zahlung per Rechnung erheben wir 4 Euro Verwaltungsgebühr.

Die Satzung des Verbandes ist mir bekannt. Mit der Veröffentlichung meines Namens und Wohnortes im Infodienst erkläre ich mich einverstanden.

Ich willige ein, dass der Berufsverband Hauswirtschaft e.V., als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Telefonnummer, Adresse, Berufsabschluss, Bezeichnung der Arbeitsstätte und Bankverbindung ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen verarbeitet und nutzt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzes/der Datenschutz-Grundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied im Falle von fehlerhaften Daten ein Korrekturrecht.

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000558577

Mandantsreferenz: Mitgliedsnummer (wird Ihnen mitgeteilt)

Ich ermächtige den Berufsverband Hauswirtschaft, Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband Hauswirtschaft auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung.

Nachname, Vorname (Kontoinhaber)

Straße

PLZ und Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift

**Auf den Berufsverband Hauswirtschaft wurde ich aufmerksam durch (freiwillige Angabe)**

- Fachzeitschrift  Schule  Fortbildungsangebote  Messen, Ausstellungen, Publikationen
- Mitglied \_\_\_\_\_

Das ausgefüllte und unterschriebene Formular senden Sie bitte **per Post** an die Geschäftsstelle:  
Berufsverband Hauswirtschaft, Waiblinger Straße 11/3, 71384 Weinstadt