BFLK e. V. Geschäftsstelle

Ingrid Seidler

c/o BKH Augsburg

Geschwister-Schönert-Str. 1

86156 Augsburg

Antrag senden an: **Mitgliedschaft@bflk.de**

# Mitgliedsantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der BFLK ab dem: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

**Name** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geb.** \_\_\_.\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_

**Beschäftigt in** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Privatanschrift** |  | **Dienstanschrift** |
|  | ***Straße*** |  |
|  | ***PLZ*** |  |
|  | ***Ort*** |  |
|  | ***Tel. Nr.*** |  |
|  | ***Mobil Nr.*** |  |
|  | ***Email*** |  |
|  | ***Beruf*** |  |
|  | ***Qualifikation*** |  |
|  | ***Position******Funktion*** |  |
|  | ***Zugehöriger Landesverband*** |  |

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag **O jährlich** oder **O halbjährlich**

nach Eingang der Beitragsrechnung unter **Angabe des Vor- und Zunamens**.

Mit ist bekannt, dass es sich um eine **persönliche Mitgliedschaft** in der BFLK e. V. handelt. Auch wenn der Arbeitgeber den Mitgliedsbeitrag übernimmt, bleibt die persönliche Verpflichtung zur Beitragszahlung. Eine Kündigung der Mitgliedschaft muss 6 Wochen vor dem nächsten Quartalsende schriftlich erfolgen.

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Nutzung meiner persönlichen Daten zum Versand von Informationen und Einladungen per E-Mail oder auf dem Postweg.**

**Weiterhin bin ich mit der Weitergabe meiner Adresse an den Verlag der Zeitschrift Psychiatrische Pflege einverstanden.**

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Ich bin geworben worden von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_