

**BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR HEBAMMENGELEITETE  
EINRICHTUNGEN / HEBAMMENGELEITETE PRAXEN**

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme meiner/unserer Hebammengeleiteten Einrichtung / Hebammengeleiteten Praxis in den Landesverband

--	--

Bundesland des Sitzes der Einrichtung

oder falls gewünscht anderer Landesverband

--

Name der Einrichtung (Träger)

--	--

Rechtsform der Einrichtung

Institutionskennzeichen (IK) der Einrichtung

--

Ansprechpartner\*in (Vorname, Name)

--	--	--

Straße

PLZ

Ort

--	--	--

Telefon

E-Mail-Adresse

Internetseite

--

Gewünschtes Eintrittsdatum (frühestens zum Posteingangsdatum)

**Mitgliedsbeitrag**

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

C. Außerordentliche Mitgliedschaft 2. Juristische Personen wie HgE/hebammengeleitete Praxen	Jahresbeitrag 50,00 €
--	--------------------------

**Gruppen-Haftpflicht-Versicherung**

Bitte übersenden Sie mir/uns Informationen zur Haftpflichtversicherung für Hebammengeleitete Einrichtungen mit Geburtshilfe (HgE)