

Bundesverband Lehrende Gesundheits-
und Sozialberufe (BLGS) e.V.
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Aufnahmeantrag Persönliches Mitglied

Nachname: _____ Vorname: _____

Postanschrift: _____

Bundesland: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Email: _____

Berufsqualifizierende Abschlüsse*: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

* freiwillige Angabe

Der Mitgliedsbeitrag wird per Lastschrift erhoben. Alternativ: per Jahresrechnung 12 Monate im Voraus, zuzüglich 10,00 € Verwaltungsgebühr.			
Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag:	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich
Standard	<input type="checkbox"/> 45,00 €	<input type="checkbox"/> 90,00 €	<input type="checkbox"/> 180,00 €
Ich bin an einer Institution beschäftigt, die Mitglied im BLGS ist.*	<input type="checkbox"/> 20,00 €	<input type="checkbox"/> 40,00 €	<input type="checkbox"/> 80,00 €
Praxisanleiter/in	<input type="checkbox"/> 20,00 €	<input type="checkbox"/> 40,00 €	<input type="checkbox"/> 80,00 €
Student/in, Weiterbildungsteilnehmer/in, Referendar/in*	<input type="checkbox"/> 11,25 €	<input type="checkbox"/> 22,50 €	<input type="checkbox"/> 45,00 €
<input type="checkbox"/> Dem Lastschrift-Einzugsverfahren stimme ich zu:			
Kontoinhaber/in:	Kreditinstitut:		
IBAN:	BIC:		

* Für diese Ermäßigung ist ein Nachweis erforderlich, der dem Antrag beizulegen ist.

Ort, Datum

Unterschrift