



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

ANMELDUNG ZUM*:

*Pflichtzeile. Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Name* _____

Vorname* _____

frühere Namen* _____

Geburtsort* _____

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Staatsangehörigkeit _____

Straße*/Hausnummer* _____

PLZ*/Ort* _____

Land* _____

Telefon _____

E-Mail _____

☐ Ich stimme der Zusendung des Newsletters der Landespflegekammer an meine E-Mail-Adresse zu.
Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

MITGLIEDSCHAFT/ANGABEN ZUR BERUFSERLAUBNIS* (beglaubigte Kopie der Berufserlaubnis unbedingt beilegen!)

- | | |
|--|---|
| ☐ Gesundheits- und Krankenpfleger(-in)/Krankenschwester/Krankenpflege | ☐ Altenpfleger(-in) |
| ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-in)/Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpflege | ☐ Pflegefachfrau-/mann |

Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe | ☐ Rentner/-in | ☐ beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig |
| ☐ Krankenpflegehelfer(-in) | ☐ Altenpflegehelfer/-in | |
| ☐ beruflich derzeit in folgendem Bundesland tätig _____ | | |

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen an die jeweiligen Veranstalter weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen zeitnah mitzuteilen habe.

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum