



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

BEITRAGSVERANLAGUNG — SELBSTEINSTUFUNG MITGLIED

Beitragsklasse	Beitragsjahr 2027* (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2025)	Beitragsjahr 2028* (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2026)	Monatliches durchschnittliches Bruttoeinkommen aus pflegerischer Tätigkeit	Beitrag bei jährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei halbjährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei vierteljährlicher Zahlungsweise
1	☐	☐	unter 500,- €	35,- €	17,50 €	8,75 €
2	☐	☐	500,- € bis unter 1.000,- €	64,- €	32,- €	16,- €
3	☐	☐	1.000,- € bis unter 1.500,- €	99,- €	49,50 €	24,75 €
4	☐	☐	1.500,- € bis unter 2.500,- €	120,- €	60,- €	30,- €
5	☐	☐	2.500,- € bis unter 4.500,- €	139,- €	69,50 €	34,75 €
6	☐	☐	4.500,- € bis unter 5.500,- €	240,- €	120,- €	60,- €
7	☐	☐	ab 5.500,- €	354,- €	177,- €	88,50 €

*Die Höhe des jährlichen Beitrags wird durch die Vertreterversammlung festgelegt und kann von den oben genannten Angaben abweichen.

Mitglied seit _____

BEITRAG UND ZAHLUNGSART

☐ PER ÜBERWEISUNG/DAUERAUFTRAG

Bitte beachten Sie: Bei dieser Zahlart ist nur **eine jährliche Zahlung** möglich! Darüber hinaus fallen entsprechend § 2 der Gebührenordnung und deren Anlage (Gebührentatbestand Ziff. 1.1.6) **Gebühren** an!

Unsere Kontoverbindung: Landespflegekammer RLP (KdöR), IBAN: DE75 3702 0500 0001 3950 00, BIC: BFSWDE33XXX

(Im Verwendungszweck muss Ihre Mitgliedsnummer, Nachname und Vorname genannt sein, sonst können wir Ihre Zahlung nicht zuordnen.)

☐ PER SEPA-LASTSCHRIFT (Diese Zahlart ist für Sie gebührenfrei)

Erteilung einer Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige/Wir ermächtigen, die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut.

Abbuchung: ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich
Kontoinhaber: ☐ Mitglied selbst ☐ abweichend

**Der Mitgliedsbeitrag ist eine
wiederkehrende Zahlung.**

Kontoinhaber: Name, Vorname _____

Kreditinstitut: _____ IBAN _____

BIC _____

Gilt: ☐ ab sofort ☐ ab _____

Unterschrift Kontoinhaber/-in _____

Ort/Datum _____

Gläubiger-ID der Landespflegekammer: DE62 ZZZO 0001 5407 65.
Ihre Mandatsreferenz (7stellig): Mitgliedsnummer mit 1 vorangestellt

**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