



FRISCH EXAMINIERT?

... einfach Beitragsklasse 3 ankreuzen!

Beitragsveranlagung – Selbsteinstufung PFLICHTMITGLIED 2021-2025

Beitragsklasse	Beitragsjahr 2021 (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2019)	Beitragsjahr 2022 (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2020)	Beitragsjahr 2023 (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2021)	Beitragsjahr 2024 (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2022)	Beitragsjahr 2025* (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2023)	Monatliches durchschnittliches Bruttoeinkommen aus pflegerischer Tätigkeit	Beitrag bei jährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei halbjährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei vierteljährlicher Zahlungsweise
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unter 500,- €	35,- €	17,50 €	8,75 €
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	500,- € bis unter 1.000,- €	64,- €	32,- €	16,- €
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1000,- € bis unter 1.500,- €	99,- €	49,50 €	24,75 €
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1500,- € bis unter 2.500,- €	120,- €	60,- €	30,00 €
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.500,- € bis unter 4.500,- €	139,- €	69,50 €	34,75 €
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.500,- € bis unter 5.500,- €	240,- €	120,- €	60,- €
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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. Die Beitragshöhe für die Jahre 2016-2024 können Sie auf unserer Homepage einsehen.

Mitglied seit (Wenn Mitgliedschaft nicht durchgängig besteht, bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

Frisch Examierte werden im Examensjahr durch die Kammer in die Beitragsklasse 3 eingestuft (§ 3 Abs. 4. der Beitragsordnung). Im darauffolgenden Jahr müssen Sie sich mit dem durchschnittlichen monatlichen Bruttogehalt aus dem Examensjahr in die entsprechende Beitragsklasse einstuft.

BEISPIEL: Sie haben zum 01.08.2024 ihre Berufsurkunde erhalten.

2024

Für die Zeit vom 01.08.2024 bis 31.12.2024 werden Sie von uns in die Beitragsklasse 3 eingestuft.

2025

Für das Jahr 2025 muss durch Sie eine Einstufung in eine der Beitragsklassen vorgenommen werden.

Dazu wird das Einkommen der Monate August 2024 bis Dezember 2024 genommen und durch die Anzahl der Monate in denen Sie tätig waren, geteilt.

2026

Für das Jahr 2026 wird wie für das Jahr 2025 verfahren.

2027

Für das Jahr 2027 wird das jährliche Gehalt aus 2025 genommen und durch die Anzahl der Monate geteilt in denen Sie berufstätig waren.

§ 3 ABS. 4 DER BEITRAGSORDNUNG DER LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Allgemein gilt: Bemessungsjahr ist in der Regel das vorletzte Jahr vor dem Beitragsjahr. Sind im vorletzten Jahr keine Einnahmen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt worden, ist Bemessungsjahr das letzte Jahr vor dem Beitragsjahr. Wurden weder im vorletzten noch im letzten Jahr Einnahmen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt, wird das Mitglied für das laufende Beitragsjahr in die dritte Beitragsklasse eingeteilt.



HINWEISE FÜR IHRE REGISTRIERUNG

Um Ihnen die Registrierung zu erleichtern, haben wir Ihnen einige Informationen und Hinweise zusammengestellt.

BEGLAUBIGTE KOPIE IHRER BERUFSURKUNDE

TIPP: Eine Beglaubigung erhalten Sie bei folgenden Stellen:

ARBEITGEBER

Arbeitgeber können bei Vorlage des Originaldokuments eine Bestätigung der Berufsurkunde vornehmen. Auf der Kopie müssen vermerkt sein: Datum, Name und Unterschrift der bestätigenden Person, Stempel der Einrichtung/Arbeitgeber sowie der Zusatz: Original hat vorgelegen.

INSTITUTIONEN

Gemeinde-, Stadt- oder Kreisverwaltungen (Bürgerbüro) sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Landespflegekammer, direkt in der Geschäftsstelle der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Notare, Gerichte.

EINSTUFUNG IN DIE RICHTIGE BEITRAGSKLASSE

- Im Examensjahr ab 2019 ist automatisch die Beitragsklasse 3 vorzunehmen
- Beitragseinstufung für das Folgejahr nach dem Examensjahr

Um die Beitragsjahre für das Jahr nach dem Examensjahr festlegen zu können, benötigen wir ihre Auskunft zur Beitragsbemessung. Hier ist das Jahresbruttogehalt aus dem Examensjahr die Bemessungsgrundlage, also Ihr Bruttogehalt **ab dem Examensmonat bis Dezember addiert und dividiert durch die Anzahl dieser Monate**. Anhand dieser Summe können Sie sich in die entsprechende Beitragsklasse einstufen.

ÄNDERUNG DER BEITRAGSKLASSE FÜR DAS FOLGEJAHR

- Änderungsmeldungen für das Folgejahr müssen **bis 31. Oktober des laufenden Jahres schriftlich** bei der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz vorliegen (postalisch oder per Mail an info@pflegekammer-rlp.de).
- Ein unterjähriger Beitragsklassenwechsel ist **nicht** möglich



KANN ICH MICH VON EINEM MITGLIEDSBEITRAG BEFREIEN LASSEN?

JA. Eine Befreiung ist in folgenden Fällen möglich:

(Bitte senden Sie die Nachweise zu Ihrer Registrierung mit, falls Sie im Zeitraum Ihres Beitrittes zutreffen, damit wir diese berücksichtigen können.)

- **BESCHÄFTIGUNGSVERBOT/MUTTERSCHUTZ/ELTERNZEIT**

Nachweis über Dauer (Beginn und Ende):

z. B. ärztliches Attest bei Beschäftigungsverbot, Bestätigung durch Arbeitgeber bei Mutterschutz/Elternzeit etc. (Kopie ist ausreichend).

- **BEZUG KRANKENGELD/ÜBERGANGSGELD**

Nachweis über Dauer (Beginn und Ende):

z. B. Schreiben von Ihrer Krankenkasse (Kopie ist ausreichend). Eine alleinige Zusendung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung genügt nicht.

- **SONDERURLAUB**

Nachweis über Dauer (Beginn und Ende):

z. B. Bestätigung Arbeitgeber (Kopie ist ausreichend).

WECHSEL AUS EINEM ANDEREN BUNDESLAND

Wenn Sie **aus einem anderen Bundesland zu uns nach Rheinland-Pfalz wechseln**, benötigen wir Ihren

- **Auflösungsvertrag/Kündigungsschreiben Ihres alten Arbeitgebers außerhalb RLP**
- **Arbeitsvertrag Ihres neuen Arbeitgebers in RLP**

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Hinweisen Ihre Registrierung bei uns zu erleichtern.

Sollten wir zur Ihren eingereichten Unterlagen Rückfragen haben, wäre es hilfreich, wenn Sie uns freundlicherweise Ihre Telefonnummer mitteilen, damit wir Sie auf dem kurzen Weg kontaktieren können.

Bei Fragen und zur Unterstützung bei der Registrierung wenden Sie sich gerne per Mail an das zuständige Team: neuregistrierung@pflegekammer-rlp.de.

Sie erreichen uns telefonisch von montags bis freitags zwischen 8.00 – 17.00 Uhr unter der Telefonnummer: 06131 327 380.



LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Geschäftsbereich Administration

Große Bleiche 14-16

55116 Mainz

BEIBLATT RÜCKSENDUNG

Name, Vorname

Mitgliedsnummer

ÜBERSICHT

Anbei übersende ich:

- Beglaubigte** Kopie Berufsurkunde
- Rücksendeformular Seite 2/Angaben zur Person
- Rücksendeformular Seite 3/Angaben zum Arbeitgeber
- Rücksendeformular Seite 4/Beitrag und Zahlung
- Rücksendeformular Seite 5/Berufsqualifikation
- Nachweis Namensänderung
- Nachweis Adressänderung
- Nachweis Tätigkeit ab 1.1.2020 bis Mitgliedsbeginn
- Nachweis über Selbstständigkeit
- Sonstiges _____

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift



Ausfüllhinweise

Bitte die Formulare in den dafür vorgesehenen Feldern leserlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen, da die Formulare elektronisch gelesen werden. Pflichtfelder sind in den Formularseiten mit (*) gekennzeichnet, alle weiteren Angaben sind freiwillig.

Bitte denken Sie daran, die Angaben mit einer **Unterschrift** am Ende jeder ausgefüllten Seite zu bestätigen.

Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen im Original per Post an die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zurück. Die zur Registrierung erforderlichen Unterlagen entnehmen Sie bitte der beigefügten Übersicht.

Im Übrigen finden Sie diese Formulare zum Ausdrucken auch unter www.pflegekammer-rlp.de > Für Mitglieder > Downloads/ Formulare

Hinweise zur „Selbsteinstufung in eine Beitragsklasse“

Die Angaben zur Selbsteinstufung gegenüber der Kammer müssen gemäß der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz **wahrheitsgemäß** und vollständig sein.

- 1.) Die **Einstufung** in eine Beitragsklasse erfolgt gemäß Beitragsordnung auf Basis des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens (Jahresbruttolohn geteilt durch aus **pflegerischer Tätigkeit/Anwendung pflegerisches Fachwissen** des **vorletzten** Jahres (siehe Lohnsteuerbescheinigung gesamtes Jahreseinkommen)

Beispiel.: **Für das Beitragsjahr 2024 stufen Sie sich auf Basis des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens aus dem Jahr 2022 ein.**

- 2.) **Bitte beachten Sie:** Sollten Sie im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, erfolgt die Einstufung in eine Beitragsklasse gemäß dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen aus dem letzten Jahr (Bsp.: **Für das Beitragsjahr 2024 stufen Sie sich in diesem Sonderfall auf Basis des Einkommens aus dem Jahr 2023 ein**). Sollten Sie im letzten Jahr vor dem Beitragsjahr ebenfalls kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, stufen Sie sich in die Beitragsklasse 3 ein.
- 3.) **Sonderfall nach Elternzeit:** Sollten Sie zwei komplette Jahre in Folge im Beschäftigungsverbot, Mutterschutz und Elternzeit gewesen sein, stufen Sie sich für den „Wiedereintritt ins Berufsleben“ in die Beitragsklasse 3 ein. Des Weiteren beachten Sie 2.) und vergessen nicht die Beitragsmeldung für das darauffolgende Jahre bis spätestens 31.10. abzugeben.

Zur Vermeidung unzumutbarer Härten kann auf schriftlichen Antrag des Kammermitglieds der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Formulare für die Beitragsbefreiungen finden Sie auf unserer Webseite.

Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Nach der Beitragsordnung ist die Kammer berechtigt, die Angaben der Mitglieder zur Selbsteinstufung zu überprüfen. Dazu kann sie Nachweise anfordern.

Rechtsgrundlagen und Datenschutz

Die Daten werden aufgrund § 1 Abs. 1 Nr 6-10 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19.12.2014 in Verbindung mit der Meldeordnung und der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz erhoben.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz
Tel.: 06131 327380, Fax: 06131 3273899
E-Mail: info@pflegekammer-rlp.de

Unser Datenschutzbeauftragter:

CTM-COM GmbH
Marienburgstraße 27, 64297 Darmstadt
Telefon: 06151 - 394272, Fax: 06151- 394273
datenschutz@ctm-com.de



Geburtstag

Nachname

Anmeldung zum*

* Pflichtzeile – diese Felder **müssen** ausgefüllt werden.

Name*

Vorname*

Geburtsname*

frühere Namen*

Geburtstag* / -ort*

Geschlecht* weibl. männl. div.

Staatsangehörigkeit*

Straße* / Hausnr.*

PLZ* / Ort*

Land*

Telefon privat

Telefax privat

Mobil privat

E-Mail privat

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!)

Eintrittsdatum

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

Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder

- Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe
- Rentner(-in)
- Altenpflegehelfer(-in)
- Krankenpflegehelfer(-in)
- beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig
- 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 Änderungen zeitnah mitzuteilen und nachzuweisen habe.

Eigenhändige Unterschrift

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



Bitte im Original und unterschrieben per Post senden an: Große Bleiche 14-16 | 55116 Mainz



1 Geburtstag Nachname

28 **Beitritt zum***

* Pflichtzeile – diese Felder **müssen** ausgefüllt werden.

29 Beschäftigungsbeginn*

30 Dienststelle*

31 Straße* / Hausnr.*

32 PLZ* / Ort*

33 Telefon dienstlich Telefax dienstlich

34 Mobil dienstlich

35 E-Mail dienstlich

36 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.

Berufshaftpflicht

**Hiermit bestätige ich, dass nach § 22 HeilBG RLP eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.
(Siehe hierzu Hinweise zu den Rechtsgrundlagen auf Seite -1-)**

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

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

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum



Bitte im Original und unterschrieben per Post oder per E-Mail (info@pflegekammer-rlp.de) zurücksenden! Große Bleiche 14–16 | 55116 Mainz

Mitgliedsnummer

Geburts-tag

Nachname

Beitragsveranlagung – Selbsteinstufung PFLICHTMITGLIED

Beitrags-klasse	Beitragsjahr 2021 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2019)	Beitragsjahr 2022 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2020)	Beitragsjahr 2023 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2021)	Beitragsjahr 2024 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2022)	Beitragsjahr 2025* (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2023)	Monatliches durchschnittliches Bruttoeinkommen aus pflegerischer Tätigkeit	Beitrag bei jährlicher Zahlungsweise	Beitrags-raten bei halbjährlicher Zahlungsweise	Beitrags-raten bei vierteljährlicher Zahlungsweise
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unter 500,- €	35,- €	17,50 €	8,75 €
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	500,- € bis unter 1.000,- €	64,- €	32,- €	16,- €
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.000,- € bis unter 1.500,- €	99,- €	49,50 €	24,75 €
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.500,- € bis unter 2.500,- €	120,- €	60,- €	30,- €
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.500,- € bis unter 4.500,- €	139,- €	69,50 €	34,75 €
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.500,- € bis unter 5.500,- €	240,- €	120,- €	60,- €
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
Die Beitragshöhe für die Jahre 2016-2024 können Sie auf unserer Homepage einsehen.

Mitglied seit

(Wenn Mitgliedschaft nicht seit 1.1.16 besteht, bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

Beitrag – 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: Bank für Sozialwirtschaft, 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!**

jährlich (1. Januar) halbjährlich (1. Januar, 1. Juli) vierteljährlich (1. Januar, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober)

Beitrag – SEPA-Lastschrift

„Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (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 auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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 vereinbarten Bedingungen.“ Dieses SEPA-Mandat kann jederzeit widerrufen werden.

Kontoinhaber: Mitglied selbst abweichend Der Mitgliedsbeitrag ist eine wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut

IBAN BIC

Gilt ab sofort ab

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Gläubiger-ID der Landespflegekammer: DE62 ZZZZ 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



1 Geburtstag

Nachname



Info zu Ihrer Berufsqualifikation – bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben

Mehrfachnennungen sind möglich.

In Rheinland-Pfalz staatlich anerkannte Weiterbildungen

- 53 Intensivpflege incl. Anästhesie und Dialyse
- 54 Pädiatrische Intensivpflege
- 55 Fachpflege für operative Funktionsbereiche incl. Endoskopie und Ambulanzen
- 56 Fachpflege für Krankenhaushygiene
- 57 Psychiatrische Pflege
- 58 Ambulante Pflege
- 59 Management: Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen und in der Altenpflege; Pflegedienstleitung
- 60 Pädagogik: Lehrer/in für Pflegeberufe; Praxisanleitung
- 61 Diabetesberater/in

Sonstige bisherige Weiterbildungen

- 62 Basale Stimulation
- 63 Bobath
- 64 Breast Care Nurse
- 65 Case Management
- 66 Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie
- 67 Heimleitung
- 68 Hygiene
- 69 Kinästhetik
- 70 Nephrologie
- 71 Notfallpflege
- 72 Onkologie
- 73 Pain Nurse
- 74 Palliativversorgung/Hospiz
- 75 Pflegebegutachtung
- 76 Pflegeberater SGB XI
- 77 Psychosomatik
- 78 Qualitätsmanagement
- 79 Rehabilitation/Langzeitpflege
- 80 Sozialpsychiatrische Betreuung
- 81 Strahlenschutz
- 82 Wundmanagement
- 83 Sonstige Weiterbildungen ab 20 Std. _____

Hochschulqualifikation

	Diplom	Bachelor	Master
84 Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85 Pädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86 Pflegewissenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87 Pflegeexpertise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88 Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89 <input type="checkbox"/> Promotion			
90 <input type="checkbox"/> Habilitation			

**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