



1 Mitgliedsnummer

Geburtstag



18 **ÄNDERUNG zum\***

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

19 Beschäftigungsbeginn\*

20 Dienststelle\*

21 Straße\* / Hausnr.\*

22 PLZ\* / Ort\*

23 Telefon dienstlich  Telefax dienstlich

24 Mobil dienstlich

25 E-Mail dienstlich

26  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.

NUR ZURÜCKSENDEN, WENN ÄNDERUNGEN VORLIEGEN ! ! ! !

**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