



1 Mitgliedsnummer

Geburtstag

ÄNDERUNG zum*

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

Name*

4 Vorname*

5 Geburtsname*

6 frühere Namen*

7 Geburtstag* / -ort*

8 Geschlecht* weibl. männl.

9 Staatsangehörigkeit*

10 Straße* / Hausnr.*

11 PLZ* / Ort*

12 Land*

13 Telefon privat Telefax privat

14 Mobil privat

15 E-Mail privat

16 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!) _____

82 Eintrittsdatum

83 Gesundheits- und Krankenpfleger(-in)/Krankenschwester/Krankenpflege

84 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-in)/Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpflege

85 Altenpfleger(-in)

Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder

86 Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe 87 Rentner(-in) 88 Altenpflegehelfer(-in)

89 Krankenpflegehelfer(-in) 90 beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig

91 beruflich derzeit in folgendem Bundesland tätig

17 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

NUR ZURÜCKSENDEN, WENN ÄNDERUNGEN VORLIEGEN !!!