VdPB Bayerns Stimme für die Pflege

WERDEN SIE MITGLIED!

SO GEHT'S:

Bitte die Anmeldung ausfüllen und an unsere Geschäftsstelle schicken.

DIE VEREINIGUNG DER PFLEGENDEN IN BAYERN – BAYERNS STIMME FÜR DIE PFLEGE

Als Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) vertreten wir die Interessen der Pflegekräfte und geben ihnen eine Stimme. Wir setzen uns in allen wichtigen Gremien, in der Öffentlichkeit und in der Politik für bessere Rahmenbedingungen ein – und machen uns stark für die Pflege der Zukunft. Mehr erfahren: **stimme-fuer-die-pflege.de**

INFOS ZUR MITGLIEDSCHAFT

Die Mitgliedschaft ist **freiwillig** und **kostenlos.**

Ihre Vorteile:

Als Mitglied
- profitieren Sie von einer starken Berufsvertretung
- gestalten Sie die Bedingungen für die Pflege selbst mit
- werden Sie bei berufsrechtlichen, -fachlichen und -ethischen Fragen beraten

Wer kann Mitglied werden?
- Fachkräfte aus der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie aus der Altenpflege (die den pflegerischen Beruf in Bayern ausüben oder, ohne den Beruf auszuüben, hier ihren Hauptwohnsitz haben)
- Pflegefachhelferinnen und -fachhelfer mit mindestens einjähriger Ausbildung
- Absolventen und Absolventinnen pflegewissenschaftlicher Studiengänge
- Berufsfachverbände mit Sitz in Bayern, die hauptsächlich die Belange der Angestellten und Selbstständigen sowie spezieller Berufsgruppen in der Pflege (z. B. Lehrende, Leitungskräfte etc.) vertreten
- Multidisziplinär zusammengesetzte Berufsverbände und Schwesternschaften
- Gewerkschaften mit Mitgliedern aus Pflegeberufen in nennenswerter Zahl

Außerordentliche Mitglieder ohne Stimmrecht können werden:
- Auszubildende im Bereich der Pflegeberufe
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Bereich der Pflegeberufe im Anerkennungsverfahren ihrer im Ausland erworbenen Abschlüsse
- Studierende der pflegewissenschaftlichen Studiengänge an bayerischen Hochschulen

Welche Unterlagen brauchen wir von Ihnen? (Bitte per Post oder E-Mail an uns)

Mitglieder und außerordentliche Mitglieder:
- Nachweis zum Führen der Berufsbezeichnung
- Auszubildende und Studierende: Ausbildungsnachweis bzw. Immatrikulationsbescheinigung
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Anerkennungsverfahren: Nachweis über die im Ausland erworbenen Abschlüsse und den Stand des Anerkennungsverfahrens

Berufsfachverbände und Schwesternschaften:
- Satzung des Verbands bzw. der Schwesternschaft
- Erklärung über die Anzahl der Mitglieder, die als Angehörige der Pflegeberufe vertreten werden

ANMELDUNG

VdPB Bayerns Stimme für die Pflege

☐ **JA, ICH MÖCHTE MITGLIED WERDEN.***

☐ Frau ☐ Herr

Titel

Name*

Vorname*

E-Mail*

Straße/Hausnummer*

PLZ/Ort*

Telefon

Berufsbezeichnung*

☐ Ich bin nicht in Bayern wohnhaft, jedoch als beruflich Pflegende/Pflegender in Bayern tätig.

☐ Ich möchte den Newsletter abonnieren. (Sie können das Abo jederzeit beenden.)

☐ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.*

*Pflichtangaben

Datum/Unterschrift*

Vielen Dank! Wir prüfen nun Ihre Anmeldung.
Eine Rückmeldung zu Ihrer Mitgliedschaft erhalten Sie innerhalb der nächsten Tage.

KONTAKT

Vereinigung der Pflegenden
in Bayern KöR
Geschäftsstelle

Prinzregentenstraße 24
80538 München
Telefon: 089 5419985-0
E-Mail: info@vdpb-bayern.de

DATENSCHUTZHINWEIS

Im Rahmen Ihrer (beantragten) Mitgliedschaft ist es erforderlich, personenbezogene Daten zu Ihrer Person zu erheben, zu speichern und zu nutzen. Insgesamt spricht man von der „Verarbeitung" Ihrer Daten. Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich bei Ihnen selbst. Zugriff auf Ihre Daten erhalten nur berechtigte Personen innerhalb der VdPB. Eine Übermittlung an Dritte findet nicht statt. Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet. Erhoben werden Ihre Kontaktdaten und ergänzende Daten zu Ihrer beruflichen Qualifikation. Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, wenn sie für den genannten Zweck (Mitgliedschaft) nicht mehr benötigt werden. Weitere Informationen erhalten Sie auf Nachfrage bei der verantwortlichen Stelle. Kontaktdaten siehe links.

☐ Ich habe den Datenschutzhinweis gelesen und stimme diesem zu.*

Datum/Unterschrift*