

Frühlingsaktion!

Unser Angebot für Sie!

3 Monate GRATIS

DPV

**DEUTSCHER
PFLEGEVERBAND**

Deutscher Pflegeverband e.V.
Mittelstraße 1
56564 Neuwied
Tel: (02631)8388-0
Fax: (02631)8388-20
E-Mail: info@dpv-online.de
www.dpv-online.de



Informationen auf der Rückseite!

JETZT MITGLIED WERDEN UND NACH 3 MONATEN DEN ERSTEN BEITRAG ZAHLEN!



Sicher und stark sein in einem Verband!

Mit Leistungen überzeugen!

In Zusammenarbeit mit Ihnen wollen wir auch in Zukunft die Interessen der Pflegenden und Pflegebedürftigen politisch und fachlich vertreten und stärken. Mitgliederzahlen fördern die Aussagekraft Ihres Verbandes. Begeistern Sie Ihre Kollegin/Ihren Kollegen mit Ihrer überzeugten Mitgliedschaft und dem Leistungsangebot Ihres DPV.

Der DPV verfügt über eine 60-jährige Erfahrung in der Verbandsarbeit und in der Einflussnahme auf die Gestaltung der Gesundheits-, Pflege- und Sozialpolitik. Er ist u.a. Mitglied im Deutschen Pflegerat und im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Unsere Erfahrungen, zusammengefasst in einem umfangreichen **Leistungspaket**, das im **Mitgliedsbeitrag** enthalten ist, wie u.a.:

1. DPV-Card
 2. 11x/Jahr Fachzeitschrift „Heilberufe“ mit Verbandsorgan „Pflege konkret“
 3. Berufsrechtsschutzversicherung und kostenlose Rechtsberatung
 4. Berufshaftpflichtversicherung
 5. Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote in Ihrer Region
 6. Pflegetreffs, Arbeitsgruppen, Workshops und Diskussionsrunden
 7. Aktuelle Stellungnahmen
 8. Kostenlose Fachinformation
 9. Ermäßigte Teilnahmegebühren bei diversen Veranstaltungen
 10. Jährlich 6 Fortbildungspunkte
- ... und vieles mehr kommt Ihnen zugute und bietet Ihnen Sicherheit.



Einfach ausfüllen an uns zurück-schicken, faxen oder am Infostand abgeben!

Sie und Wir. Starke Partner in einer starken Partnerschaft.

Zurück an: **Deutscher Pflegeverband (DPV) e.V.**, Mittelstr.1, 56564 Neuwied
 Beitritt per Fax 02631/8388-20 oder per www.dpv-online.de; E-Mail info@dpv-online.de

Es wurden die folgenden Personen von mir geworben:

Mein Name und Anschrift: _____

Meine Mitgliedsnummer: _____

Werden Sie jetzt Mitglied im Deutschen Pflegeverband (DPV)

Beitrittserklärung zum Deutschen Pflegeverband (DPV)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Pflegeverband (DPV) e.V. ab _____

Name, Vorname _____ Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ/Ort _____

Ausbildung als _____ von _____ bis _____

Tätig als _____ Fachbereich _____

Arbeitsplatz _____

Ich beantrage kostenlosen Versicherungsschutz in der Berufshaftpflicht/Berufsrechtsschutz: ja nein

Laut Beitragsstaffelung beträgt mein Beitrag monatlich _____ €.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitgliedsbeiträge vierteljährlich

von meinem Konto Nr. _____ BLZ _____

bei Bank/Kreditinstitut _____ abgebucht werden.

Ich wurde geworben durch (Name): _____ Mitglieds-Nr.: _____

Bitte senden Sie mir kostenlos Info-Material über den deutschen Pflegeverband (DPV) zu.

Beitragsstaffelung	
Bruttovergütung	mtl. Beitrag in €
451,00 – 800,00	11,00
801,00 – 1.400,00	11,50
1.401,00 – 1.600,00	12,00
1.601,00 – 1.800,00	13,50
1.801,00 – 2.000,00	16,00
2.001,00 – 2.200,00	17,50
2.201,00 – 2.400,00	19,00
2.401,00 – 2.700,00	20,50
2.701,00 – 3.000,00	22,00
3.001,00 – 3.500,00	25,00
3.501,00 – 4.000,00	28,00
Ab 4.001,00	31,00
Schüler/Rentner/Inaktive	6,00
Geringfügig Beschäftigte	8,50