

BEITRITTSERKLÄRUNG



 vds Sachsen-Anhalt

vds – Landesverband Sachsen - Anhalt

Geschäftsführer
Jan Schirmer
Pflaumenweg 3
06112 Halle/ Saale

Bitte absenden, faxen oder anrufen!
Tel. / Fax: 0345/ 575 4393

Ich beantrage die Aufnahme in den **vds- Verband Sonderpädagogik e.V.**
Landesverband Sachsen – Anhalt Mit Wirkung vom

Vorname Familienname

geboren am: Privatanschrift

.....

Tel. / Fax: e-mail:

Schule / Einrichtung

Unterschrift:

Einzugsermächtigung erteilt: ja nein

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Als Mitglied im vds-Landesverband Sachsen-Anhalt erkläre ich mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag von meinem Konto

Kontoinhaber

Kto.-Nr.

BLZ

bei der abgebucht wird.

Unterschrift

Als Mitglied des vds erhalte ich monatlich die
„ZEITSCHRIFT FÜR HEILPÄDAGOGIK“
sowie die Mitteilungen des Landesverbandes
Sachsen-Anhalt.

JAHRESBEITRÄGE
Vollzahler 90,00€
Studenten 48,00€
Lehramtsanwärter 48,00€
Arbeitslose 48,00€
Vorruheständler/Rentner 67,50€