

BEITRITTSERKLÄRUNG



 vds Sachsen-Anhalt

vds – Landesverband Sachsen - Anhalt

Geschäftsführer
Jan Schirmer
Pflaumenweg 3
06112 Halle/ Saale

Bitte absenden oder faxen!
Fax: 0345/ 548 38700

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

IBAN.....

BIC.....

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€

Mit der Absendung dieses Schreibens erkennen Sie die Satzung des Verband Sonderpädagogik e.V.- Landesverband Sachsen-Anhalt und die Datenschutzerklärung des Verbandes an. Beides finden Sie unter www.vds-sachsen-anhalt.de.