

# Sächsischer Erziehverband im SLV



## Änderungsmitteilung

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit möchte ich Ihnen folgende Änderungen zu den gespeicherten Daten mitteilen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_ Entgeltgruppe: \_\_\_\_\_

Anschrift Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

Anschrift Träger: \_\_\_\_\_

Einrichtung in kommunaler Trägerschaft

Einrichtung in freier Trägerschaft (z. Bsp. Verein, Kirche, GmbH)

**Bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen:**

Beschäftigungsumfang 90 bis 100 %	<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsumfang 70 bis < 90 %	<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsumfang unter 70 %	<input type="checkbox"/>		
Angestellte/r	<input type="checkbox"/>	Elternzeit von:..... bis:.....	<input type="checkbox"/>	langzeitkrank (nach Antragstellung)	<input type="checkbox"/>	beurlaubt	<input type="checkbox"/>
Auszubildende/r	<input type="checkbox"/>	Studierende/r	<input type="checkbox"/>	Rentner/in	<input type="checkbox"/>	arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>

### Datenschutzerklärung / Einwilligung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung elektronisch erfasst, gespeichert, bearbeitet und zum Zwecke der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben auch weitergegeben werden. Es ist dabei gewährleistet, dass dies nur zur Erfüllung der Verbandsaufgaben und zur Inanspruchnahme der Leistungen aus der Mitgliedschaft erfolgt. Dies umfasst auch die Kommunikation per E-Mail und das Verwenden der von Ihnen angegebenen Mailadresse zu diesen Zwecken. Die gegebene Zustimmung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufbar.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnis davon und mein Einverständnis.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschrifteinzugsermächtigung: Bitte unbedingt ausfüllen!

Ich ermächtige den SLV im VBE e.V. (Gläubigeridentifikation: DE41SLV00000365988) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift abzubuchen. Sollte Ihr Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, entstehen Ihnen zusätzliche Kosten. Hinweis: Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem ersten Buchungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_