



Änderungsmitteilung

Mitgliedsnummer:

Hiermit möchte ich folgende Änderungen zu meinen gespeicherten Daten mitteilen:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift
PLZ/ Ort: _____ Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____

Entgeltgruppe: _____ Ausbildung/Beruf: _____

Anschrift Arbeitsstelle: _____ Telefon: _____

Anschrift Träger: _____ Telefon: _____

Bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen:

Beschäftigungsumfang 100 - 90%	Beschäftigungsumfang 89 - 70%	Beschäftigungsumfang unter 70%	Grad der Behinderung
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen:

angestellt	Auszubildende/r, Fachschüler/in	Fachschüler/in berufsbegleitend
beurlaubt	arbeitsuchend	Rentner/in
Elternzeit	langzeitkrank (nach Antragstellung)	

Zuordnung:

Einrichtung in kommunaler Trägerschaft	Einrichtung in freier Trägerschaft (z. B. Verein, Kirche, GmbH)
--	---

Geworben durch: Vorname Nachname Mitgliedsnummer (zwingend erforderlich)

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Ich möchte die Neue Sächsische Lehrerzeitung als Printversion Digitalversion (Link per E-Mail) Print- und Digitalversion

Ich möchte den für Mitglieder kostenfreien Erzieherkalender als Ringbuch gebunden als „Lose-Blattsammlung“ zum selbst Abheften gar nicht

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 E-Mail-Adresse 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-Lastschriftzugriffsmächtigung: 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: _____