



## Antrag auf Mitgliedschaft im SLV

**Eintrittsdatum:** .....(wenn keine Angabe, dann 1. des laufenden Monats)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im SLV unter Anerkennung der Satzung.

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)
--	---

<b>Geworben durch: Vorname</b>	<b>Nachname</b>	<b>Mitgliedsnummer (zwingend erforderlich)</b>

Ich möchte die Neue Sächsische Lehrerzeitung als <input type="checkbox"/> Printversion <input type="checkbox"/> Digitalversion (Link per E-Mail) <input type="checkbox"/> Print- und Digitalversion
Ich möchte den für Mitglieder kostenfreien Erzieherkalender als <input type="checkbox"/> Ringbuch gebunden <input type="checkbox"/> als „Lose-Blattsammlung“ zum selbst Abheften <input type="checkbox"/> 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-Lastschriftzugriffsermächtigung:** 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: \_\_\_\_\_