

Beitrittserklärung



Verband der Sonderpädagogik e.V.
Landesverband Brandenburg

Landeskassenführer
Gregor Albrecht
Lutherstr. 10
03050 Cottbus
gregor.albrecht@vds-in-brandenburg.de

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verband der Sonderpädagogik e.V.
im Landesverband Brandenburg mit Wirkung vom :**

Vor- und Zuname :

Dienstbezeichnung: geboren am :

Privatanschrift: Straße:

PLZ Ort Telefonnummer:

eMail:

Ich bin Student / Referendar / Lehramtsanwärter / Rentner (entsprechender Nachweis liegt bei / wird nachgereicht)
Bitte beachten Sie die Hinweise für Mitglieder

Einzugsermächtigung

Im Zusammenhang mit einer Mitgliedschaft zum Verband der Sonderpädagogik e.V. erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem

IBAN: BIC:

Geldinstitut:

jährlich halbjährlich abgebucht wird. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mein Monatsbeitrag beträgt derzeit€ .

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ich habe den Beitritt des neuen Mitglieds zum vds vermittelt und wähle folgende Prämie:

Vor- und Zuname: _____

Privatanschrift: _____

- Bücherscheck Wert 20 € Gutschein für Materialien d. vds Wert 25 € CD Zeitschrift für Heilpädagogik Wert 28 €