

# Beitrittserklärung



Verband der Sonderpädagogik e.V.  
Landesverband Brandenburg

Landeskassenführer  
Gregor Albrecht  
Lutherstr. 10  
03050 Cottbus  
[gregor.albrecht@vds-in-brandenburg.de](mailto: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)

## 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 .....€ .

**Datenschutzerklärung** Ich bin damit einverstanden, dass meine Stammdaten (Vorname, Nachname, Postadresse, E-Mail-Adresse, Bankverbindung) vom Verband Sonderpädagogik e.V. Landesverband Brandenburg gespeichert werden und zum Zwecke der Vertragsdurchführung und künftig dafür verwendet werden dürfen, mir Informationen zur sonderpädagogischen Arbeit im Land Brandenburg zuzusenden. Dies kann geschehen per Post oder E-Mail. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen. Senden Sie in diesem Fall eine E-Mail an [gregor.albrecht@vds-in-brandenburg.de](mailto:gregor.albrecht@vds-in-brandenburg.de). Sie werden dann innerhalb von 7 Tagen aus dem Verteiler gelöscht.

.....  
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 €