

## Änderungserklärung gemäß Beitragsordnung

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
Hiermit möchte ich Ihnen folgende Änderungen meine Person betreffend mitteilen

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

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

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

Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Besoldungs-/Entgeltgruppe: \_\_\_\_\_ Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_ Fächer: \_\_\_\_\_

### Bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen:

Beschäftigungsumfang 100 - 90%	<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsumfang 89 - 70%	<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsumfang unter 70%	<input type="checkbox"/>	Grad der Behinderung
beurlaubt	<input type="checkbox"/>	Referendar/-in	<input type="checkbox"/>	Student/-in	<input type="checkbox"/>	arbeitslos
angestellt	<input type="checkbox"/>	verbeamtet	<input type="checkbox"/>	nicht im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/>	
Elternzeit ab – bis	<input type="checkbox"/>	langzeitkrank (nach Antragstellung)	<input type="checkbox"/>	ATZ	<input type="checkbox"/>	Rentner

### Zuordnung zum Fachverband:

FV Förderschule	<input type="checkbox"/>	FV Berufsb. Schule	<input type="checkbox"/>	FV Grundschule	<input type="checkbox"/>	Erzieher	<input type="checkbox"/>
FV Gymnasien	<input type="checkbox"/>	FV Mittelschule	<input type="checkbox"/>	freiberuflich	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Ich möchte zukünftig als Ansprechpartner(in) an meiner Schule die Schulinformationen des SLV erhalten und zum Aushang bringen
--------------------------	---

### Datenschutzerklärung / Einwilligung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung elektronisch erfasst, gespeichert, bearbeitet und zum Zwecke der Erfüllung satzungsgemäßer 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 Mailadressen 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: \_\_\_\_\_