



Der SLV zahlt den Nettolohnausgleich für die Warnstreikaktionen im Februar 2019! Werden Sie Mitglied!

- Der SLV ist Ostdeutschlands größter Lehrerverband.
- Der SLV ist mit seiner Spitzengewerkschaft dbb beamtenbund und tarifunion an allen wichtigen Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst beteiligt.
- Der SLV bietet viel Leistung:
 - Rechtsberatung und Rechtsschutz in allen beruflichen Fragen
 - finanzielle Absicherung im Falle eines Arbeitskampfes
 - Dienstaftpflichtversicherung und Schlüsselversicherung
 - Freizeit-Unfallversicherung
 - regionale und landesweite Fortbildungen
 - kostenloser Bezug der „Neuen Sächsischen Lehrerzeitung“ und des Lehrerkalenders
 - eine moderne und leistungsfähige Geschäftsstelle, die zu den üblichen Bürozeiten stets erreichbar ist

Unsere Mitgliedsbeiträge finden Sie auf unserer Homepage oder sprechen Sie uns einfach an. Wir überzeugen durch unsere Leistungen!

Hinweise zur Gewährung des Nettolohnausgleiches:

- Wenn Ihnen das Gehalt aufgrund der Streikteilnahme vom Arbeitgeber gekürzt wird, senden Sie bitte die **Kopie der Bezügemitteilung, auf der der Abzug erfolgte, innerhalb von 4 Wochen** an die SLV-Landesgeschäftsstelle. Bitte geben Sie Ihre **Mitgliedsnummer** an.
- Die Überweisung des Nettolohnausgleichs erfolgt dann umgehend.

Antrag auf Mitgliedschaft

Mitgliedsnummer:

Eintrittsdatum:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im SLV unter Anerkennung der Satzung

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	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen:

beurlaubt	<input type="checkbox"/>	Referendar/-in	<input type="checkbox"/>	Student/-in	<input type="checkbox"/>	arbeitslos	<input type="checkbox"/>
angestellt	<input type="checkbox"/>	verbeamtet	<input type="checkbox"/>	nicht im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Elternzeit ab – bis	<input type="checkbox"/>	langzeitkrank (nach Antragstellung)	<input type="checkbox"/>	ATZ	<input type="checkbox"/>	Rentner	<input type="checkbox"/>

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 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: _____