

# BEITRITTSERKLÄRUNG



 vds Sachsen-Anhalt

vds – Landesverband Sachsen - Anhalt

Geschäftsführer  
Jan Schirmer  
Pflaumenweg 3  
06112 Halle/ Saale

Bitte absenden oder faxen!  
Fax: 0345/ 548 38700

Ich beantrage die Aufnahme in den **vds- Verband Sonderpädagogik e.V.**  
Landesverband Sachsen – Anhalt Mit Wirkung vom .....

Vorname ..... Familienname .....

geboren am: ..... Privatanschrift .....

Tel. / Fax: ..... e-mail: .....

Schule / Einrichtung .....

Unterschrift: .....

Einzugsermächtigung erteilt: ja  nein

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Als Mitglied im vds-Landesverband Sachsen-Anhalt erkläre ich mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag von meinem Konto

Kontoinhaber .....

IBAN.....

BIC.....

bei der..... abgebucht wird.

Unterschrift .....

Als Mitglied des vds erhalte ich monatlich die  
„ZEITSCHRIFT FÜR HEILPÄDAGOGIK“  
sowie die Mitteilungen des Landesverbandes  
Sachsen-Anhalt.

**JAHRESBEITRÄGE**  
Vollzahler 90,00€  
Studenten 48,00€  
Lehramtsanwärter 48,00€  
Arbeitslose 48,00€  
Vorruheständler/Rentner 67,50€