

BEITRITTSERKLÄRUNG



Verband Schulaufsicht Niedersachsen

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband Schulaufsicht Niedersachsen (VSN).
Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag in Höhe von **8 EURO pro Monat / 96 Euro im Jahr** auf das Vereinskonto zu überweisen.

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

Dienstbezeichnung :

Dienstanschrift :
:
:

e-mail (Dienst) :

Privatanschrift :

e-mail (privat) :

Kontonummer :

BLZ :

Geldinstitut :

Beginn der Mitgliedschaft:

Mit der elektronischen Erfassung meiner Daten bin ich einverstanden.

Unterschrift

Bitte die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung als Anhang einer Mail an:

VSN

sabine.claas@verband-schulaufsicht-niedersachsen.de