

Ich beantrage meine Mitgliedschaft im <b>dlh</b> zum <b>01.</b> des Monats: (bitte ankreuzen)					
<input type="checkbox"/> Januar	<input type="checkbox"/> Februar	<input type="checkbox"/> März	<input type="checkbox"/> April	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Juni
<input type="checkbox"/> Juli	<input type="checkbox"/> August	<input type="checkbox"/> September	<input type="checkbox"/> Oktober	<input type="checkbox"/> November	<input type="checkbox"/> Dezember

Name:	Vorname:
-------	----------

Geburtsdatum:	E-Mail:
---------------	---------

PLZ:	Ort:
------	------

Straße:	Nr.:	Zusatz:
---------	------	---------

Festnetztelefon:	Mobil:
------------------	--------

Dienststelle <small>(Schule/Kita/usw.):</small>	Dienstbezeichnung <small>(Lehrer*in, Erzieher/in, usw.)</small>
--	--

**Zutreffendes bitte unbedingt ankreuzen, da eine abschließende Bearbeitung sonst nicht möglich ist.**

<input type="checkbox"/> Teilzeit mit %)	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt	<input type="checkbox"/> pensioniert
<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst	<input type="checkbox"/> beurlaubt	<input type="checkbox"/> Elternzeit mit %Teilzeit	<input type="checkbox"/> verbeamtet
<input type="checkbox"/> kirchlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Student*in	<input type="checkbox"/> Elternzeit ohne Teilzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*in
<input type="checkbox"/> privatwirtschaftlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Referendar*in	<input type="checkbox"/> Anpassungsqualifizierung	<input type="checkbox"/> verrentet

**Besoldungs- / Entgeltgruppe (Zutreffendes bitte unbedingt ankreuzen, da eine abschließende Bearbeitung sonst nicht möglich ist.)**

<input type="checkbox"/> A07/E06	<input type="checkbox"/> A08/E07	<input type="checkbox"/> A09/E08	<input type="checkbox"/> A10/E09	<input type="checkbox"/> A11/E10
<input type="checkbox"/> A12/E11	<input type="checkbox"/> A13/E12	<input type="checkbox"/> A14/E13	<input type="checkbox"/> A15/E14	<input type="checkbox"/> A16/E15
<input type="checkbox"/> sonstige (Bitte in eine zutreffende Beitragsgruppe aus der Beitragstabelle einordnen.) <b>BK</b>				

Ordnen sie mich folgendem Fachbereich zu: Nur ein Fachbereich möglich!	Informieren sie mich über: Bis zu 2 Bereiche möglich!	Information erfolgt über Drittanbieter! (nur bei Interesse) über:
<input type="checkbox"/> <b>VBE</b> LV Hamburg (Grund-, Stadtteil- SO-Schulen)	<input type="checkbox"/> Grund-,Stadtteil-, Sonderschulen	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> <b>DPhV</b> LV HH (Gymnasien, Stadtteilschulen)	<input type="checkbox"/> Gymnasien	<input type="checkbox"/> Privat-, Miet- Eigentums- und Verkehrsrechtsschutz
<input type="checkbox"/> <b>BvLB</b> LV Hamburg (Berufs-, Stadtteilschulen)	<input type="checkbox"/> Berufliche Schulen	<input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung
<input type="checkbox"/> <b>KEG</b> LV Hamburg (Konfessionsschulen)	<input type="checkbox"/> Konfessionsschulen)	<input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

<input checked="" type="checkbox"/> Persönliche Werbung durch:	<input type="checkbox"/> Unsere Homepage
<input type="checkbox"/> Veranstaltung / Seminar am:	<input type="checkbox"/> sonstiges

JA, ich habe die mir ausgehändigten, bzw. auf der Homepage verfügbaren Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen.

JA, ab meinem 60. Lebensjahr dürfen runde Geburtstage und Jubiläen in unseren Mitgliederinformationen veröffentlicht werden

Ort:	Datum:	1. Unterschrift:
------	--------	------------------

## SEPA - Lastschriftmandat (Bitte unbedingt ebenfalls unterschreiben!)

Ich ermächtige den dlh, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom dlh auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

HINWEIS: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gewünschte Abbuchung	<input type="checkbox"/> quartalsweise	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
----------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------

<b>IBAN</b>	<b>D</b>	<b>E</b>																	
-------------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Kontoinhaber*in (nur falls abweichend)</b>
---

Ort:	Datum:	2. Unterschrift:
------	--------	------------------