Beitrittsformular

Lehrergewerkschaften Hamburg dlh

Geschäftsstelle 040-25 52 72
info@lehrergewerkschaften-hamburg.de
www.lehrergewerkschaften-hamburg.de

Eintrittsdatum zum 1. eines Monats	0	1	M	M	J	J	J	J	Mitgliedsnummer				
Name:									Vorname:				
Geburtsdatum:									E-Mail:				
Straße:									PLZ, Ort:				
Telefon:									Mobil:				
Schule:													
Besoldungs-/Vergütungsgruppe	☐ A12/E11		☐ A13/E12			☐ A14/E13			☐ Sonstige				

Zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ Teilzeit (Prozentsatz angeben) _____
- ☐ StudentIn
- ☐ ReferendarIn
- ☐ Lehrkräfte in der Anpassungsqualifizierung
- ☐ vollbeschäftigt >90%
- ☐ angestellt
- ☐ beurlaubt
- ☐ arbeitslos
- ☐ pensioniert
- ☐ verbeamtet
- ☐ nicht im öffentlichen Dienst

Ich möchte folgendem Fachbereich zugeordnet werden:
Nur 1 Auswahl möglich!

- ☐ Grund-, Stadtteil- und Sonderschulen (VBE)
- ☐ Gymnasien (DPhV)
- ☐ Berufsbildende Schulen (GLBH)

Ich möchte gezielt informiert werden:
Mehrfachnennungen möglich!

- ☐ Grund-, Stadtteil- und Sonderschulen (VBE)
- ☐ Gymnasien (DPhV)
- ☐ Berufsbildende Schulen (GLBH)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Geworben durch (Name, Vorname): _____
- ☐ Veranstaltung am: _____
- ☐ Internet
- ☐ auf anderem Wege: _____

Ich wünsche weitere Informationen zu:

- ☐ Private Krankenversicherung
- ☐ Privathaftpflichtversicherung
- ☐ Privat-, Miet- und Verkehrs-Rechtschutz
- ☐ Freizeit-Unfall-Versicherung
- ☐ Dienstunfähigkeitsversicherung
- ☐ Ich wünsche den Anruf eines Vorstandsmitglieds wegen weiterer Beratung.

☐ **JA, ich habe die mir ausgehändigten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen.**

☐ **JA, ab meinem 60. Lebensjahr dürfen runde Geburtstage und Jubiläen im Mitgliedermagazin veröffentlicht werden.**

X _____ X _____

Ort, Datum **Unterschrift**

SEPA-Lastschriftmandat

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: ☐ **vierteljährlich** ☐ **halbjährlich** ☐ **jährlich**

IBAN																						
Name des Kontoinhabers falls abweichend																						

X _____ X _____

Ort, Datum **Unterschrift des Kontoinhabers**