

# BERUFSVERBAND DEUTSCHER HÖRGESCHÄDIGTENPÄDAGOGEN e.V.



## Beitrittsformular

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen e.V.** als ordentliches Mitglied im **BDH Landesverband Rheinland-Pfalz**, organisiert im **BDH Ortsverband**

Frankenthal

Neuwied

Trier

### Art der Mitgliedschaft

Vollmitglieder (45,00 €)

Pensionäre (22,50 €)

Referendare, Studenten (22,50 €)

### Adresse

Name	Vorname
Geburtsdatum	Straße
PLZ, Ort	Telefon
E-Mail	
Schule	
Ort, Datum	Unterschrift

### Einzugsermächtigung

IBAN	Name des Geldinstitutes
BIC	Name des Kontoinhabers

Ich erteile die Einzugsermächtigung für die Begleichung des jährlich fälligen Mitgliedsbeitrags für die Zeit der Mitgliedschaft bzw. bis auf Widerruf. Mit Verbandsaustritt erlischt automatisch die erteilte Einzugsermächtigung.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte senden an:

**BDH Landesverband Rheinland-Pfalz**  
Anja Korn-Distel  
Elisabethstr. 46/48

**56564 Neuwied**

oder per Fax:

**02631 3426 150**

oder per Mail:

**Korn-Distel.Anja@lgs-neuwied.lsjv.rlp.de**