

**LANDESV ERBAND DER SOZIALARBEITER/ - INNEN, SOZIAL-
PÄDAGOGEN/ -INNEN IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST
RHEINLAND PFALZ e.V.**

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Landesverband der Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen im Öffentlichen Gesundheitsdienst Rheinland-Pfalz e.V. zum

Name:

Vorname:

Straße:

Plz: Ort:.....

Telefon privat:Mail privat:.....

Gesundheitsamt:

Kreisverwaltung:

Straße:

Plz: Ort:

Telefon dienstl.Mail dienstlich.....

Mit der Speicherung und Verwendung meiner oben genannten Daten ausschließlich für die Verbandsarbeit und gemäß der Satzung erkläre ich mich einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....

Mitgliedsbeitrag

Hiermit verpflichte ich mich, den jährlichen **Mitgliedsbeitrag in Höhe von 35,00 €** mit der beigefügten Einzugsermächtigung einziehen zu lassen oder zum **15.03. eines jeden Jahres** auf das Konto des Landesverbandes **IBAN: DE88 5409 2400 0003 9462 07,**
BIC: GENODE61GLM bei der Volksbank Glan Münchweiler eG zu überweisen.

.....
Datum

.....
Unterschrift