



Beitrittserklärung zur Direktorinnen- und Direktorenvereinigung SH

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur DVSH mit Wirkung vom _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ Wohnort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Schule: _____

Anschrift Schule: _____

Tel. Schule: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Direktorinnen- und Direktorenvereinigung SH, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge - lt. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 7.2.2025 von derzeit **€ 90,- pro Schulhalbjahr** - bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVSH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts: _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Kontoinhaber*in: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten

Meine Angaben werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung von der DVSH verarbeitet und gespeichert. Ich stimme zu, dass Verbandsinformationen an die angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden. Die Daten werden nicht an andere Personen oder Institutionen weitergegeben. Die Informationen zur Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum, Unterschrift: _____