

**Beitrittserklärung**

(Formular ausgefüllt senden an Wolfgang Gruhn, Zirkonstr. 3, 33739 Bielefeld)

Anrede  Herr  Frau  Titel  Prof.  Dr.

Name/Vorname

Geburtsdatum  Amtsbezeichnung/Dienststellung/Funktion

Privatanschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

Telefon  E-Mail

Versand von E-Mails (Newsletter, Blitzbriefe, Tagungs- & Veranstaltungseinladungen)  
 Ich stimme dem Versand zu  Ich lehne den Versand ab  
*Hinweis: Benachrichtigungen zur Mitgliedschaft erfolgen immer per E-Mail*

**Schuldaten**

Name der Schule

Schulform  Bezirksregierung  AR  DE  KÖ  MÜ

Schulanschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Telefon (dienstlich)  E-Mail (dienstlich)

**Rechnungsdaten**

Der Jahresbeitrag beträgt 80 Euro (20 Euro/Quartal).

Zahlungsart  
 Lastschriftverfahren, Einzugsermächtigung liegt bei  
 Jahresrechnung an Privatadresse  
 Jahresrechnung an Schulanschrift

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung ([slv-nrw.de](http://slv-nrw.de)) gelesen habe, und bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Ort & Datum

Unterschrift

**Geschäftsstelle:**

c/o Dr. Burkhard Mielke  
Postfach 30 09 04  
40409 Düsseldorf

**Bankverbindung:**

Sparkasse Bielefeld  
DE55 4805 0161 0076 0038 39  
SPBIDE3BXXX

**Vorstand:**

Beate Grunewald-Woitscheck, Vorsitzende  
Michael Wittka-Jelen, Stellv. Vorsitzender  
Martina Reiske  
Ralf Drögemöller  
Dr. Peter Petrak  
Beate Kundoch

Harald Willert  
Heike Wiggershaus  
Joan Krebs-Schmid  
Dr. Burkhard Mielke  
Wolfgang Gruhn  
Hans Hummes  
Margret Roessler

### Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)

(bitte nur ausfüllen, wenn zuvor das Lastschriftverfahren als Zahlungsart gewählt wurde)

Die grauen Felder sind vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

<b>Name des Zahlungsempfängers:</b>	Schulleitungsvereinigung Nordrhein-Westfalen e.V.
<b><u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u></b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	Postfach 30 09 04 40409 Düsseldorf
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b>	DE05ZZZ00001383390
<b>Mandatsreferenz</b> (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
<b>Zahlungsart:</b>	Wiederkehrende Zahlung
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
<b><u>Anschrift des Zahlungspflichtigen</u></b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen:</b>	
<b>BIC:</b>	
<b>Ort &amp; Datum</b>	<b>Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b>

**Geschäftsstelle:**

c/o Dr. Burkhard Mielke  
Postfach 30 09 04  
40409 Düsseldorf

**Bankverbindung:**

Sparkasse Bielefeld  
DE55 4805 0161 0076 0038 39  
SPBIDE3BXXX

**Vorstand:**

Beate Grunewald-Woitscheck, Vorsitzende  
Michael Wittka-Jelen, Stellv. Vorsitzender  
Martina Reiske  
Ralf Drögemöller  
Dr. Peter Petrak  
Beate Kundoch

Harald Willert  
Heike Wiggershaus  
Joan Krebs-Schmid  
Dr. Burkhard Mielke  
Wolfgang Gruhn  
Hans Hummes  
Margret Roessler