

Beitrittserklärung VLLP

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im
„Verband leitender Lehrkräfte an Podologieschulen e.V.“ als



	jährlicher Mitgliedsbeitrag	einmalige Aufnahmegebühr
<input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied	120,-€	15,-€
<input type="checkbox"/> Außerordentliches Mitglied	60,-€	15,-€
<input type="checkbox"/> Förderndes Mitglied	mindestens 60,-€ / _____,- €	15,-€

Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.

Name/Vorname _____

Beruf _____

- podologische/pädagogische Leitung an einer staatlich anerkannten Schule für Podologie
- podologische/pädagogische stellvertr. Leitung an einer staatl. anerkannten Schule für Podologie
- angestellt als Lehrkraft an einer staatlich anerkannten Schule für Podologie
- Sonstiges

Angaben zur Podologieschule:

Name der Schule: _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel / Fax _____

Homepage _____

* Email _____

Sollen diese Angaben so auf der Homepage des VLLP veröffentlicht werden? Ja / Nein

Privatadresse

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel / Fax _____

* Email _____

*** Kreuzen Sie bitte an welche Emailadresse für Sie als verbindliche Kontaktadresse zum VLLP benutzt werden soll.**

Bitte schicken Sie das unterschriebene Formular an die Geschäftsstelle des VLLP.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____