

Beitrittserklärung

Landesarbeitsgemeinschaft der GebärdensprachdolmetscherInnen Schleswig-Holstein

Name: _____

Anschrift: _____

Abschluss: _____

Ich möchte Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft der GebärdensprachdolmetscherInnen werden.
Eine Kopie meiner Qualifikationsbescheinigung/ einer Studienbescheinigung reiche ich ein.

SEPA Lastschrift Mandat

Ich erlaube der LAG SH, den jährlichen Mitgliedsbeitrag zum 31.03. von meinem Konto einzuziehen.

KontoinhaberIn: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift