

LAG Medien e.V.  
 Hauptvorstand  
 c/o Ernst-Litfaß-Schule  
 Cyclopstraße 1-5  
 13437 Berlin

**LAG-Bezirk**

(bitte ankreuzen)

- 1: HH, MV, SH
- 2: BE, BB, HB, NI
- 3: NW, RP, SL
- 4: BY, HE, TH
- 5: BW, SN

## Beitrittserklärung

Bitte drucken Sie das vorliegende Formular vollständig digital ausgefüllt aus und versenden es via Post an die oben genannte Adresse. Nach Prüfung Ihrer Daten informieren wir Sie über die Möglichkeit einer Mitgliedschaft und teilen Ihnen die SEPA-Mandatsreferenz mit.

### Angaben zur Person

<input type="text"/> Name		<i>Ich bin</i> (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung	
<input type="text"/> Vorname		<input type="checkbox"/> im Ruhestand	<input type="checkbox"/> Fördermitglied
<input type="text"/> Wohnadresse – Straße und Hausnummer		<input type="text"/> Name der Schule/Institution	
<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Wohnort	<input type="text"/> Straße und Hausnummer	<input type="text"/> Name der Schule/Institution
<input type="text"/> Telefonnummer privat (vorzugsweise Mobil)	<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort	<input type="text"/> Telefonnummer Sekretariat
<input type="text"/> E-Mail	<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort	<input type="text"/> Fax Sekretariat
<input type="text"/> E-Mail	<input type="text"/> E-Mail Sekretariat		

Der Jahresbeitrag beträgt EUR 45,- für Berufstätige und EUR 25,- für Studierende, Referendarinnen/Referendare oder Pensionäre.

Mein Name, Schule und E-Mail-Adresse dürfen zur Vernetzung an andere LAG-Mitglieder weitergeleitet werden.  Ja  Nein

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Lehrerarbeitsgemeinschaft Medien e. V.

<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Unterschrift
------------------------------------	--------------------------------------

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die LAG Medien e. V., die jährlichen Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese von der LAG Medien e. V. 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.

<input type="text"/> Kontoinhaber: Name (falls abweichend)	<input type="text"/> Vorname (falls abweichend)	Die Gläubiger-ID der LAG Medien lautet DE30 ZZZ0 0001 4832 38
<input type="text"/> IBAN (Bitte in Vierergruppen!)	<input type="text"/> BIC	<input type="text"/> Jahresbeitrag: EUR 45,- (ermäßigt 25,-) bzw. EUR <input type="text"/> Beitrag Fördermitgl.
<input type="text"/> Geldinstitut	<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Unterschrift