

---

## Beitrittserklärung – Einzelperson

Ich möchte Mitglied im Verein „LBZ – Beratungszentrum für PädagogInnen Steiermark“ (LBZ) werden und zahle den Mitgliedsbeitrag von

**€ 25,-- pro Kalenderjahr**

auf das Konto IBAN AT391100001883750000 BIC BKAUATWW.

Name: .....

.....

Anschrift: .....

.....

Tel: .....

E-Mail: .....

Stammschule: .....

Ich kann meine Mitgliedschaft jederzeit formlos zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich als Mitglied für das jeweils folgende Jahr weitergeführt werde und daher für dieses den Mitgliedsbeitrag zu entrichten habe, falls ich meinen Austritt nicht vor dem 31.12. des ablaufenden Jahres bekannt gebe.

.....  
**Datum:**

.....  
**Unterschrift:**

### Datenschutz

Ich stimme zu, dass meine hier angegebenen persönlichen Daten im LBZ – Beratungszentrum für PädagogInnen zur Abwicklung der Mitgliedschaft und Information über die Angebote des LBZ verwendet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit unter [lbz@lbz-stmk.at](mailto:lbz@lbz-stmk.at) widerrufen werden.

.....  
**Datum:**

.....  
**Unterschrift:**