

**BERUFSVERBAND  
DEUTSCHER  
HÖRGESCHÄDIGTENPÄDAGOGEN**



Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (BDH) als ordentliches Mitglied im Landesverband Mecklenburg Vorpommern.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag:**

Vollmitglied 42,- €

PensionärIn/ErzieherIn 36,- €

StudentIn/ReferendarIn 20,- €

Der Jahresbeitrag ist zum Beginn eines jeden Kalenderjahres fällig.