



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Verband Evangelischer ReligionspädagogInnen und KatechetInnen in Bayern e. V.

Name:		Geburtsname:	
Vorname:			
Straße:			
PLZ:	Ort:		
Tel.:		Fax:	
E-Mail:			
Geburtsdatum:		Berufsbezeichnung:	
Berufsausbildung:			
Dienstort:			
Dekanat:		Religionspädagogischer Arbeitskreis:	
Vorbereitungsdienst: von		bis	
Dienstverhältnis: Bitte <u>alles</u> Zutreffende ankreuzen!			
<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Beamtin/er		
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit ___ Stunden	<input type="checkbox"/> Vorbereitungsdienst	
<input type="checkbox"/> Erziehungszeit	<input type="checkbox"/> Ruhestand		
Tätigkeitsbereich: Zutreffendes bitte ankreuzen!			
<input type="checkbox"/> Kirchliche Bildungsarbeit	<input type="checkbox"/> Religionsunterricht	<input type="checkbox"/> gemischte Stelle	

- Ich bestelle das Handbuch für Religionspädagog*innen und Katechet*innen (Rechtssammlung) zum Anschaffungspreis von € 10,00 zuzüglich € 5,00 je jährliche Nachlieferung.
- Ich habe Interesse an einer Verfahrensrechtsschutzversicherung im arbeits- und sozialrechtlichen Bereich für € 13,00 im Jahr. Bitte senden Sie mir Informationen zu.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte wenden!

Zurück an:

Verband Evangelischer Religionspädagog*innen
und Katechet*innen in Bayern e. V.
Ingrid Wiegand-Blohm
Kapellenstr. 7
92224 Amberg

E-Mail-Adresse
ingrid.wiegand-blohm@verk.de

Telefon
09621 – 89 98 289

Verband evangelischer Religionspädagog*innen und Katechet*innen in Bayern e. V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000232223

Mandatsreferenz-Nr. wird gesondert mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verband evang. Religionspädagog*innen und Katechet*innen in Bayern e. V. (VERK) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom VERK auf mein/unser 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.

Kontoinhaber: Name, Vorname (*Adresse siehe umseitig*)

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN:

DE ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

Ort, Datum

Unterschrift

Liste der aktuellen jährlichen Beitragssätze (Zutreffendes bitte ankreuzen)

x		Bezeichnung	Beitrag
	1	Relpäd (Vollzeit) ¹	€ 80,00
	2	Relpäd (Teilzeit) ²	€ 40,00
	3	Katechet*in a.DV (Vollzeit) ¹	€ 33,00
	4	Katechet*in a. DV (Teilzeit) ²	€ 20,00
	5	Elternzeit / Zeit ohne Einkommen	€ 20,00
	6	Vorbereitungsdienst	€ 20,00
	7	Ruheständler*in Relpäd.	€ 20,00
	8	Ruheständler*in Katechet*in	€ 10,00
		plus Handbuch	je € 5,00

¹Vollzeit = ab 14 Std. RU bzw. ab 21 Std. KBA

²Teilzeit = bis 13 Std. RU bzw. bis 20 Std. KBA