

LEHRERINNEN UND LEHRER  
IM BERUFSFELD KÖRPERPFLEGE  
Landesverband Hessen e. V.  
Katharina Vogel  
Kerschensteinerschule  
Welfenstr. 10  
65189 Wiesbaden

**Adressenänderung / Beitragsreduktion / Änderung Bankverbindung / SEPA-Lastschriftmandat**  
(Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Pflichtangaben	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	E-Mail:
freiwillige Angaben (dienliche Angaben für den Vereinszweck und zur Kommunikation der Mitglieder untereinander)	
Telefon/mobil:	
Schule/Firma:	
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Internet:
<p><b>Der volle Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit 55,00 €<sup>1</sup> (inklusive Bezug TOP HAIR und TOP LLIBK in digitaler Form, Beitrag Bundesverband).</b></p> <p><b>Ich wünsche, nur die Hälfte des Beitrages (= 27,50 €) zu zahlen<sup>1</sup>, da ich</b></p> <p><input type="checkbox"/> Student/in bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Referendar/in oder Fachlehreranwärter/in (LIV) bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lehrer/in ohne Einstellung      <input type="checkbox"/> in Elternzeit      <input type="checkbox"/> in Pension      <input type="checkbox"/> Ehepartner/in eines Mitgliedes</p> <p><input type="checkbox"/> vollzahlendes Mitglied im LiBK Landesverband _____ mit Bezug von TOP LiBK bin. (Bundesland)</p> <p><b>Erweiterung des TOP HAIR Digital-Abos um die Printversion (nur auf Wunsch):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte zusätzlich TOP HAIR <i>fashion</i> als Printversion für 24,00 € (= Gesamtbetrag im Jahr 79,00 €).</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte zusätzlich TOP HAIR <i>business</i> als Printversion für 24,00 € (= Gesamtbetrag im Jahr 79,00 €).</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte zusätzlich TOP HAIR <i>fashion</i> und <i>business</i> als Printversion für 48,00 € (= Gesamtbetrag im Jahr 103,00 €).</p>	
_____	<b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift
<p><sup>1</sup>Der Mitgliedsbeitrag wird zum 01.04. eines jeden Jahres <u>ausschließlich</u> per Lastschrift eingezogen. Dafür bitten wir um Ihr <b>SEPA-Lastschriftmandat</b>. Bitte die <b>2. Seite ausfüllen und auch unterschreiben!</b></p>	

## Zahlungsvereinbarung

Der Mitgliedsbeitrag wird zum 01.04. eines jeden Jahres ausschließlich per Lastschrift eingezogen. Dafür bitten wir um Ihr

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE1099900000550167

Mandatsreferenz: entspricht Ihrer Mitgliedsnummer, diese wird Ihnen separat bei Eintritt in den Verein mitgeteilt.

Ich ermächtige den Verein **Lehrerinnen und Lehrer im Berufsfeld Körperpflege Landesverband Hessen e.V. (LLiBK)**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein LLiBK 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (einmal im Jahr)

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Mandatsreferenznummer (Mitgliedsnummer):	
Kreditinstitut (Name)	BIC (Angabe erforderlich!)
D E	
IBAN	
Ort, Datum	X Unterschrift

### Zahlung auf Rechnung für Vereine, Firmen und Institutionen

Diesen bieten wir die Möglichkeit, den Mitgliedsbeitrag durch Überweisung auf unsere Rechnung zu begleichen.

- Wir wünschen die Ausstellung einer Rechnung und werden den Mitgliedsbeitrag innerhalb von 14 Tagen durch Überweisung auf untenstehendes Konto bei der Sparkasse Oberhessen begleichen.

Zur Optimierung der Portokosten bittet LLiBK Hessen e.V., die Rechnung als PDF in einer E-Mail zustellen zu können.

- Die Rechnung kann als PDF-Datei zugesandt werden. Senden Sie die Mail bitte an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift / Stempel