



Sozialdemokratischer LehrerInnen-Verein Österreichs

Landesgruppe Salzburg
Wartelsteinstraße 1, 5020 Salzburg

Beitrittserklärung

Ich stelle den Antrag auf Aufnahme in den
Sozialdemokratischen LehrerInnen-Verein Österreichs, Landesgruppe Salzburg.

Zuname _____ Vorname _____

Geb. am _____ in _____

Wohnort _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

StudentIn Ja Nein

Dienstadresse _____

Personalnummer (alle LehrerInnen-Typen) _____

Wenn kein/e LandeslehrerIn IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____