

# Antrag auf Mitgliedschaft im VLLP

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im  
„Verband leitender Lehrkräfte an Podologieschulen e.V.“ als



|                                                                                                                                        | jährlicher<br>Mitgliedsbeitrag ab2023 | einmalige<br>Aufnahmegebühr |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied<br>podologische/pädagogische Leitung oder<br>stellv. Leitung einer Schule für Podologie | 80,-€                                 | 15,-€                       |
| <input type="checkbox"/> Außerordentliches Mitglied<br>angestellte Lehrkraft an einer Schule für<br>Podologie oder Podolog:in          | 40,-€                                 | 15,-€                       |
| <input type="checkbox"/> Förderndes Mitglied                                                                                           | mindestens 60,-€ / _____,- €          | 15,-€                       |

Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Angaben zur Podologieschule:** dies ist auch die Rechnungsadresse      Ja /      Nein

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Homepage \_\_\_\_\_

\* Email \_\_\_\_\_

Sollen diese Angaben so auf der Homepage des VLLP veröffentlicht werden?      Ja /      Nein

**Privatadresse**      dies ist auch die Rechnungsadresse      Ja /      Nein

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel / Fax \_\_\_\_\_

\* Email \_\_\_\_\_

**\* Kreuzen Sie bitte an welche Emailadresse für Sie als verbindliche Kontaktadresse zum VLLP benutzt werden soll.**

Bitte schicken Sie das unterschriebene Formular an die Geschäftsstelle des VLLP oder  
per Email an kontakt@vllp.de

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

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