

# Mitgliedsantrag

(MIT Ψ: BERUFLICHE ANGABEN)

Nicht mit Ψ gekennzeichnete Rubriken werden vertraulich behandelt.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die  
*Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung e.V.*  
und versichere meine bilinguale psychotherapeutische oder psychosozial beraterische  
Kompetenz in den Sprachen ΨDeutsch, ΨTürkisch und

(zusätzliche Sprachen) Ψ \_\_\_\_\_

Ψ Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse (privat): \_\_\_\_\_

Ψ Adresse (dienstlich): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Ψ Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Ψ Homepage: www \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Studiengang: \_\_\_\_\_

Ψ Beruf: \_\_\_\_\_ Ψ Titel: \_\_\_\_\_

Ψ Approbation in VT  TP  PA  ST  als Psychologischer Psychotherapeut

als Ärztlicher Psychotherapeut  als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Ψ Weitere Therapieverfahren: \_\_\_\_\_

Ψ Arbeitsplatz: Freiberufler  Angestellter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ψ Zielgruppen: Erwachsene  Kinder/Jugendliche  Gruppen

Teams (Supervision)  Multiplikatoren  \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit der Veröffentlichung der mit „Ψ“ gekennzeichneten beruflichen Angaben  
auf der Vereinshomepage und in anderen Vereinsmedien einverstanden.

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

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

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000717477

Mandatsreferenz: Wird nach Eingang separat mitgeteilt.

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und Psychotherapie e.V., den satzungsgemäßen Jahresbeitrag\* von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und Psychotherapie e.V. 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.

Name: .....

Anschrift: .....

Kreditinstitut (Name und Ort): .....

BIC:.....

IBAN: \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

[Falls das Lastschriftmandat für den Jahresbeitrag einer anderen Person gilt: Dieses Sepa-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von \_\_\_\_\_ (Vorname/ Name)]

(Der satzungsgemäße Jahresbeitrag beträgt 50,- Euro; der ermäßigte Jahresbeitrag für StudentInnen, Arbeitslose und RentnerInnen beträgt 30,- Euro; Stand: 2009)

**Kontoverbindung des Vereins:**

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund**

BLZ: 30060601, Kontonummer: 7119593

IBAN: DE58 3006 0601 0007 1195 93, BIC: DAAEDEDXXX

**Senden Sie den Mitgliedsantrag bitte an den Vereinssitz:**

**G T P**

**c/o Dr. Mehmet Toker**

**Albersloher Str. 33b**

**48317 Drensteinfurt**

oder per Fax: 05371-1702655

Email-Kontakt: gtp@aktpt.de

Vereinshomepage: www.gtp-aktpt.de