

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 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:

**GTP e.V.
c/o Seda Magnor
Zuckerallee 31
38527 Meine**

Email-Kontakt: GIP@aktpt.de
Vereinshomepage: www.gtp-aktpt.de