

## Mitgliedsantrag Kunsttherapie-Netzwerk München e.V.

Kunsttherapie-Netzwerk München –  
Kunsttherapeuten für Kinder und Jugendliche e.V.  
Gemeinnütziger Verein  
Adelheidstraße 11, 80798 München

Rücksendung bitte per E-Mail an:  
mitgliedwerden@kunsttherapie-  
netzwerk.de

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Kunsttherapie-Netzwerk München - Kunsttherapeuten für Kinder und Jugendliche e.V. als:**

**ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 48 €)** – Abschlusszertifikat/ Abschlusszeugnis (Diplom, Bachelor, Master) über meine kunsttherapeutische Ausbildung/ Studium oder vergleichbare Qualifikation schicke ich mit. Aufnahmekriterium für eine ordentliche Mitgliedschaft ist der Abschluss an einem durch den Verein festgelegten Institut, Ausbildungsgang, Universität, Hochschule. Diese können in der Aufnahmeverordnung eingesehen werden. Einzelfallprüfungen durch den Vorstand sind möglich.

Ja, ich möchte mit meiner Praxis in den Therapeutenfinder auf der Homepage [www.kunsttherapie-netzwerk.de](http://www.kunsttherapie-netzwerk.de) aufgenommen werden. Hierfür gebe ich meine Daten auf Seite 3 vollständig an.

Ich selbst bin gerne bereit als Referent für bestimmte Themenbereiche (bitte kurze Darstellung auf Seite 3) bei Vortragsanfragen an das Netzwerk im Rahmen meiner Mitgliedschaft zur Verfügung zu stehen.

**außerordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 24 €)**

Ich befinde mich in der Kunsttherapieausbildung/ -studium an folgendem Institut/ Universität/ Hochschule: \_\_\_\_\_

andere Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

**Fördermitglied (Jahresbeitrag 48 €)**

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_ (bitte frei lassen, wird bei Administration eingetragen)

### Personenbezogene Daten:

Anrede, Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit der Angabe meiner E-Mail Adresse bin ich mit deren Aufnahme in eine Verteilerliste des Kunsttherapie-Netzwerk Münchens zum Zwecke der Ausendung von Informationen und Einladungen zur Mitgliederversammlung einverstanden.

Fachbezogene Daten bei Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft:

Beruflich tätig als: \_\_\_\_\_ Abschluss: \_\_\_\_\_

Arbeitsschwerpunkte (Mehrfachnennung möglich): \_\_\_\_\_ Ausbildungsinstitut: \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mitgliedschaft in Berufsverband  ja  nein

Psychosomatik

Wenn ja im: \_\_\_\_\_

pädagogische Einrichtung

Jugendamt, Jugendhilfe

in eigener Praxis

freiberuflich

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Der Jahresbeitrag wird bei Anmeldung und danach jährlich zum 15.01. fällig. Bitte hierfür das SEPA Lastschriftmandat auf Seite 2 vollständig ausfüllen.**

**Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende und muss fristgerecht schriftlich beim Vorstand eingereicht werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung des Kunsttherapie-Netzwerks München – Kunsttherapeuten für Kinder und Jugendliche e.V. an (Einsehbar auf der Homepage) und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass das Kunsttherapie-Netzwerk München meine personenbezogenen Daten für administrative Zwecke speichert und verarbeitet. Dies geschieht nach den Grundsätzen der DSGVO, nachzulesen in der Datenschutzrichtlinie unter: [www.kunsttherapie-netzwerk.de/datenschutz/](http://www.kunsttherapie-netzwerk.de/datenschutz/)

## SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 37ZZZ00001918545**

**Mandatsreferenz: „Jahresbeitrag – Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_“** (wird bei Administration ausgefüllt)

Ich ermächtige den Verein Kunsttherapie-Netzwerks München – Kunsttherapeuten für Kinder und Jugendliche e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Kunsttherapie-Netzwerks München – Kunsttherapeuten für Kinder und Jugendliche 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.

**Kreditinstitut:** ..... **BIC:** .....  
**Konto-Inhaber:** ..... **IBAN:** D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Aufnahme in den Therapeutenfinder auf der Netzwerk-Internetseite www.kunsttherapie-netzwerk.de\*

Bitte nehmen Sie meine folgenden Daten in den Therapeutenfinder auf:

### Meine Daten im Therapeutenfinder:

Titel: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ausbildungen: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Heilbehandlungserlaubnis: \_\_\_\_\_

Internetseite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin mit der Veröffentlichung dieser Daten auf der  
Internetseite www.kunsttherapie-netzwerk.de einverstanden.

Tätigkeitsschwerpunkte (bitte beschränken auf  
maximal 3):

Ich werde nach der Aufnahme meine Daten innerhalb von 4  
Wochen kontrollieren. Änderungswünsche oder Korrekturen kann  
ich einmalig pro Jahr per E-Mail mitteilen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Themenbereiche als Referent\***

Für folgende Themenbereiche kann ich als Referent für den Verein zur Verfügung stehen (kurze Darstellung, gerne Stichpunktartig):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei Vortragsanfragen, die mit meinen angegebenen Themenbereichen übereinstimmen, stimme ich mit meinem Eintrag zu, dass meine Kontaktdaten (Telefon und E-Mailadresse) an die anfragende Institution oder Person weitergeleitet werden darf.

\* Nur bei einer ordentlichen Mitgliedschaft möglich