

Mitgliedsantrag Kunsttherapie-Netzwerk e.V.

Kunsttherapie-Netzwerk e.V.
Gemeinnütziger Verein
Adelheidstraße 11, 80798 München

Rücksendung bitte bevorzugt per E-Mail an:
mitgliedwerden@kunsttherapienetzwerk.de

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Kunsttherapie-Netzwerk e.V. als:

<input type="checkbox"/>	<p>Ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 48€)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte mit meiner Praxis in den Therapeutenfinder auf der Internetseite www.kunsttherapie-netzwerk.de aufgenommen werden. Hierfür gebe ich meine Daten auf Seite 4 vollständig an.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich stehe gerne als Referent zur Verfügung. Mögliche Themenbereiche skizziere ich auf Seite 4.</p>	<p>Abschlusszertifikat/ Abschlusszeugnis (Diplom, Bachelor, Master) über meine kunsttherapeutische Ausbildung/ Studium oder vergleichbare Qualifikation füge ich in Kopie diesem Antrag bei.</p>	<p>Aufnahmekriterium für eine ordentliche Mitgliedschaft ist der Abschluss an einem durch den Verein festgelegten Institut, Ausbildungsgang, Universität, Hochschule. Diese können in der Aufnahmeverordnung auf unserer Internetseite www.kunsttherapie-netzwerk.de eingesehen werden.</p> <p>Einzelfallprüfungen durch den Vorstand sind möglich.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Außerordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 24€)</p>		<p>Ich befinde mich in der Kunsttherapieausbildung/ - Studium an folgendem Institut/Universität/Hochschule:</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Fördermitglied (Jahresbeitrag 48€)</p>		<p>Ich oder wir (Institution) möchten das Kunsttherapie-Netzwerk e.V. als Fördermitglied unterstützen</p>

Mitgliedsnummer: _____ (bitte frei lassen, wird von 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 e.V. zum Zwecke der Aussendung von Informationen und Einladungen zur Mitgliederversammlung einverstanden.

Beruflich tätig als: _____

Abschluss: _____

Ausbildungsinstitut: _____

Fachbezogene Daten bei Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft:

Arbeitsschwerpunkte (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychosomatik <input type="checkbox"/> Erwachsenenpsychiatrie/Psychosomatik <input type="checkbox"/> Somatische Klinik <input type="checkbox"/> Pädagogische Einrichtung <input type="checkbox"/> Jugendamt, Jugendhilfe <input type="checkbox"/> In eigener Praxis <input type="checkbox"/> Freiberuflich <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	Mitgliedschaft in einem Berufsverband: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, im: _____
--	---

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 Vereinsatzung des Kunsttherapie-Netzwerks e.V. an (Einsehbar auf der Homepage) und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass das Kunsttherapie-Netzwerk 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/

SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 37ZZZ00001918545

Mandatsreferenz: „Jahresbeitrag – Mitgliedsnummer _____“ (wird bei Administration ausgefüllt)

Ich ermächtige den Verein Kunsttherapie-Netzwerk e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Kunsttherapie-Netzwerk e.V. auf mein Konto gezogenen/verbuchten Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

Konto-Inhaber: _____ IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

Aufnahme in den Therapeutenfinder auf der 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:

Tätigkeitsschwerpunkte:

(bitte beschränken auf maximal 3)

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

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

* Nur bei einer ordentlichen Mitgliedschaft möglich

Themenbereiche als Referent

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

Bei Anfragen für Vorträge, die mit den von mir angegebenen Themenbereichen übereinstimmen, bin ich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Telefon und E-Mailadresse) an die entsprechende Institution/Person weitergeleitet werden.