

BEITRITTSERKLÄRUNG

Bitte alle Angaben im PDF-Formular per Computer ausfüllen, drucken, unterschreiben und senden an:



FACH
VERBAND
**Trauma
pädagogik**
— e.V. —

1 Mitgliedsform

Ich bzw. wir beantrage/n die Mitgliedschaft als:

Privatperson – Jahresbeitrag € 50*

Privatperson in Ausbildung – Jahresbeitrag € 30*

Einrichtung/ Organisation mit max. 80 Angestellten – Jahresbeitrag € 200*

Einrichtung/ Organisation mit über 80 Angestellten – Jahresbeitrag € 350*

* steuerlich absetzbar

2 Kontaktdaten

| | | |
|-------------------------------|---------------------|------------|
| Privatperson | Name | _____ |
| | Beruf / Einrichtung | _____ |
| Einrichtung / Organisation | Name | _____ |
| | Ansprechpartner/in | _____ |
| immer erforderlich | Straße / Nr | _____ |
| | PLZ / Ort | _____ Land |
| | Telefon | E-Mail |

3 Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift wird diese Beitrittserklärung verbindlich. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass diese personenbezogenen Daten zu Zwecken der Kontaktaufnahme, Benachrichtigung über Mitgliedschaftsrelevante Informationen sowie Vernetzung und internem Informationsaustausch – nur innerhalb des Verbandes – gemäß geltender Gesetze und Vorschriften gespeichert und verwendet werden (Art. 6 Abs.1 lit. a DSGVO).

Ort / Datum _____

Unterschrift

✘

Antragsteller/in

4 SEPA-Lastschrift-Verfahren

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von folgendem Konto ab:

Kontoinhaber/in _____
IBAN _____
BIC _____

Ort / Datum _____

Unterschrift

✘

Kontoinhaber/in