



Arbeitskreis niedergelassener Psychotherapeuten Sachsen- Anhalt e.V.

Promenade 25
06667 Weißenfels

Telefon: 03443 - 302189
Fax: 03443 - 231520
E-Mail: beate_caspar@arcor.de

Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in den Arbeitskreis als: zur Aufnahme erforderliche Angaben sind unterstrichen

- Ordentliches Mitglied
 Ich bin aus dem Berufsleben ausgeschieden und möchte als pensioniertes Mitglied aufgenommen werden.

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<u>Name</u>	<u>Vorname</u>
<u>Titel</u>		<u>Geburtsdatum</u>
<u>Straße/Hausnummer</u> (Privatanschrift)		PLZ/Ort
Telefon	Fax	E- Mail
Praxisbezeichnung		
<u>Straße und Hausnummer</u> (Praxisanschrift)		<u>PLZ/Ort</u>
<u>Telefon</u>	<u>Fax</u>	<u>E- Mail</u>

Erläuterungen zur Mitgliedschaft

Die Erläuterungen zur Mitgliedschaft lt. § § 3,4 und 5 habe ich gelesen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben für die Aufgaben des Arbeitskreises niedergelassener Psychotherapeuten Sachsen/Anhalt e.V. gemäß der Satzung und Geschäftsordnung verwendet werden.

<u>Ort/Datum</u>	<u>Unterschrift des Antragstellers</u> X
------------------	---------------------------------------------

Einzugsermächtigung für Mitgliedsbeitrag.

Ich ermächtige den Arbeitskreis niedergelassener Psychotherapeuten Sachsen/Anhalt e.V. den Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf per Lastschrift von meinem Konto abzubuchen.

Kreditinstitut (Name/Sitz)	<input type="checkbox"/> Abbuchung jährlich zum 01. Februar
Kontonummer	BLZ
Name/Inhaber (falls abweichend vom Antragsteller)	Vorname
<u>Ort/Datum</u>	<u>Unterschrift des Konto-/Karteninhabers</u> X