



KUNSTTHERAPIE IN DIE WELT!

—
www.kunsttherapie-netzwerk.de

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

MITGLIEDSANTRAG KUNSTTHERAPIE-NETZWERK E.V.

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

Ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 48 €) Ich möchte mit meiner Praxis in den Therapeutenfinder auf der Internetseite aufgenommen werden. Hierfür gebe ich meine Daten auf Seite 4 vollständig an. Ich stehe gerne als Referent zur Verfügung. Mögliche Themenbereiche skizziere ich auf Seite 5.	Abschlusszertifikat/ Abschlusszeugnis (Diplom, Bachelor, Master) über meine kunsttherapeutische Ausbildung/ Studium oder vergleichbare Qualifikation füge ich in Kopie diesem Antrag bei.	Aufnahmekriterium für eine ordentliche Mitgliedschaft ist der Abschluss an einem zertifizierten Institut, Ausbildungsgang, Universität oder Hochschule. Diese können in der Aufnahmeverordnung auf unserer Internetseite www.kunsttherapie-netzwerk.de eingesehen werden. Einzelfallprüfungen durch den Vorstand sind möglich.
Außerordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 24 €)		Ich befinde mich in der Kunsttherapieausbildung/ - Studium an folgendem Institut/Universität/ Hochschule:
Fördermitglied (Jahresbeitrag 48 €)		Ich oder wir (Institution) möchten das Kunsttherapie-Netzwerk e.V. als Fördermitglied unterstützen

Mitgliedsnummer (bitte frei lassen, wird von Administration eingetragen)

Personenbezogene Daten

Anrede, Titel: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Beruflich tätig als: _____

Ausbildungsinstitut: _____

Abschluss: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

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.

Fachbezogene Daten bei Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft

Arbeitsschwerpunkte *(Mehrfachnennung möglich)*

Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychosomatik Erwachsenenpsychiatrie/Psychosomatik Somatische Klinik Pädagogische Einrichtung Jugendamt, Jugendhilfe In eigener Praxis Freiberuflich sonstiges: _____	Mitgliedschaft in einem Berufsverband: Ja 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 Vereinssatzung 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

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: _____

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: _____

Name, Vorname: _____

Berufsbezeichnung: _____

Ausbildung: _____

Heilbehandlungserlaubnis: _____

Tätigkeitsschwerpunkt (bitte beschränken auf max. 3) _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Internetseite: _____

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.**