

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT) e.V.

Geschäftsstelle der KJPVT c/o Prof. Dr. Tina In-Albon, Universität Koblenz-Landau, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Ostbahnstr. 12, 76829 Landau, E-Mail: info@kjpvt.de

AUFNAHMEANTRAG

Ich unterstütze die Ziele der KJPVT und beantrage die Mitgliedschaft in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT)“.

Name, Vorname: _____

Titel: _____

Privatadresse (Straße, Postleitzahl, Ort, Land, Tel.-Nr., Fax-Nr., E-Mail-Adresse)

Dienstadresse (Institution, Straße, Postleitzahl, Ort, Land, Tel.-Nr., Fax-Nr., E-Mail-Adresse)

Über welche Adresse dürfen Sie kontaktieren? Dienstadresse Privatadresse

Ich bin mit der Speicherung und Nutzung meiner Daten durch die KJPVT für Post- und Mailversand einverstanden: Ja Nein

Art der ausgeübten Tätigkeit(en): _____

Art der psychotherapeutischen Aus-/Weiterbildung(en): _____

Wo? bzw. bei welchem Institut? _____

Sind Sie derzeit noch in Ausbildung (Assoziiertes Mitglied)

Oder ist die Aus-/Weiterbildung abgeschlossen? (Ordentliches Mitglied)

Wenn bereits abgeschlossen: Haben Sie die Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in

oder / und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Anderer Abschluss: _____

Durch wen bzw. welche(s) Mitglied(er) sind Sie auf die KJPVT aufmerksam geworden? _____

Die mit der Mitgliedschaft verbundene Zusendung der Fachzeitschrift „Kindheit & Entwicklung“ soll erfolgen an meine Privatadresse meine Dienstanschrift

Ich möchte die Zeitschrift ausdrücklich nicht abonnieren

Hinweis: Der Jahresbeitrag, der das Zeitschriftenabonnement zum Vorzugspreis einschließt, in Höhe von 95 € für ordentliche und 36 € für assoziierte Mitglieder (ohne Zeitschrift in Höhe von 61 € für ordentliche und 6 € für assoziierte Mitglieder) ist zu zahlen bzw. wird von Ihrem Konto abgebucht, sobald Ihre Aufnahme offiziell bestätigt wurde.

Bitte schicken Sie den Antrag an die Geschäftsstelle der KJPVT c/o Prof. Dr. Tina In-Albon, Universität Koblenz-Landau, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Ostbahnstr. 12, 76829 Landau.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT) e.V.

Geschäftsstelle der KJPVT c/o Prof. Dr. Tina In-Albon, Universität Koblenz-Landau, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Ostbahnstr. 12, 76829 Landau, E-Mail: info@kjpvt.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00001200871

Mandatsreferenz: _____ wird Ihnen im Begrüßungsschreiben mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen (Mitgliedsbeitrag)

Ich ermächtige die Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT) e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie (KJPVT) 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.

Kontoverbindung/ Bankverbindung:

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Falls der Kontoinhaber nicht mit dem Vereinsmitglied identisch ist, ist zusätzlich Folgendes auszufüllen:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft des Vereinsmitglieds

Vor- und Zuname des Vereinsmitglieds

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers