

Antrag auf Fördermitgliedschaft



Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Fördermitglied in trauma.help – Deutsches Traumakompetenznetz e.V.

Frau Herr Prof. Dr.

Name: Vorname:

Straße: PLZ / Ort:

Telefon: E-Mail:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Ich möchte das Vereinsziel durch einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von mind. EUR 120.- unterstützen.
 - Ich möchte den Betrag überweisen (Bankverbindung: siehe unten)
 - Ich möchte bequem per Lastschriftverfahren zahlen und habe das SEPA Lastschriftmandat im Anhang ausgefüllt

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Die Mitgliedschaft beginnt ab dem Tag der Bestätigung der Mitgliedschaft durch ein Mitglied des Vorstands. Mitgliedsbeiträge müssen bis zum 31.03. jedes Jahres bzw. bis zum Monatsende des Monats, der auf den Beitrittsmonat folgt, erfolgen.

trauma.help – Deutsches Traumakompetenznetz e.V. wird die Mitglieder über die Entwicklungen im Verein informieren und diese, insbesondere via E-Mail, kontaktieren. Mitglieder werden daher gebeten, @trauma.help E-Mail Adressen in Spamfiltern entsprechend freizugeben (whitelisting).

Bitte bestätigen

- Ich erkenne die Satzung von trauma.help – Deutsches Traumakompetenznetz e.V. an und bestätige zudem, die Satzung in der zum Zeitpunkt meiner Unterschrift gültigen Fassung erhalten zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte nicht ausfüllen

Aufnahme am

Unterschrift Vorstand

SEPA Lastschriftmandat



Hiermit ermächtige ich in trauma.help – Deutsches Traumakompetenznetz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von in trauma.help – Deutsches Traumakompetenznetz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Die Daten werden vom Verein während meiner Mitgliedschaft elektronisch gespeichert. Mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift