



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Förderverein Therapeutenkammer in Nordrhein-Westfalen e.V.“

NAME*:		MEINE FACHRICHTUNG: <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Podologie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Masseur/in <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Fördermitglied <input type="checkbox"/> Andere Tätigkeit: (Bitte angeben)
VORNAME*:		
E-MAIL*:		
BUNDESLAND*: (in dem ich arbeite)		
ADRESSE*: STRASSE		
PLZ		
ORT		
TELEFON		
MOBIL		
(* Pflichtangaben bitte vollständig angeben - Danke)		
PRAXISNAME: (* Freiwillige Angabe)		
MITGLIEDSBEITRAG: Den jeweiligen Mitgliedsbeitrag bezahle ich durch Bankeinzug. Der Einzug erfolgt einmal jährlich zu Beginn des Kalenderjahres oder beim Eintritt in den Verein innerhalb des Jahres. Die z.Zt. gültigen Jahresbeiträge sind der nebenstehenden Übersicht zu entnehmen. Zur Begleichung des Mitgliedsbeitrages ist die Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat auf der zweiten Seite auszufüllen.	MITGLIEDSSTATUS: <input type="checkbox"/> ... Mitglied - stimmberechtigt 50,00 EUR/Jahr <input type="checkbox"/> ... Mitglied – nicht stimmberechtigt 25,00 EUR/Jahr <input type="checkbox"/> ... Fördermitglied(min. 20,00 EUR/Jahr) Freiwilliger Beitrag EUR/Jahr <input type="checkbox"/> ... Ehrenmitglied beitragsfrei <input type="checkbox"/> ... in Ausbildung als Therapeut beitragsfrei	
SATZUNG: Die Satzung des Vereins habe ich gelesen und erkenne diese uneingeschränkt an.	<input type="checkbox"/> Ja , die Satzung habe ich gelesen und erkenne sie uneingeschränkt	
REGISTRIERUNG: Um über die weitere Entwicklung der Initiative Therapeutenkammer aktuell informiert zu werden, bitte ich mich im Register aufzunehmen.	<input type="checkbox"/> Ja nimmt mich auf.	<input type="checkbox"/> Nein jetzt noch nicht.
DATENSCHUTZ: Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden. Datenschutzerklärung: https://www.tknrw.de	<input type="checkbox"/> Ja , die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.	

Hinweis zur Datenverwendung

Die Dateneingaben werden vertraulich behandelt! Sie dienen der Erfassung und Stärkung der Vereinsinteressen, und werden zum Zweck der Zusendung von kostenfreien Themeninformationen verwendet. Das bedeutet auch, dass die Daten nicht zu wirtschaftlichen oder Werbezwecken verwendet werden. Für jegliche weitere Datenverwendung in Zukunft wird im Einzelfall gesondert um Zustimmung gebeten.

Ort, Datum **Unterschrift**



Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger: „**Förderverein Therapeutenkammer in Nordrhein-Westfalen e.V.**“ Zahlungen (jährlicher Mitgliedsbeitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Förderverein Therapeutenkammer in Nordrhein-Westfalen 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.

ZAHLUNGSEMPFÄNGER	
NAME:	Förderverein Therapeutenkammer in Nordrhein-Westfalen e.V.
ANSCHRIFT:	Wiedenbrücker Straße 14, 59555 Lippstadt
GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER	DE19ZZZ00002153124
MANDATSREFERENZ: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
ZAHLUNGSPFLICHTIGER	
NAME, VORNAME DES KONTOINHABERS:	
STRASSE, HAUSNUMMER:	
POSTLEITZAHL, ORT:	
IBAN (max. 22 Stellen):	-----

Ort, Datum **Unterschrift**