



Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie & psychosoziale Beratung e.V. Ich versichere meine bilinguale psychotherapeutische bzw. psychosozial beraterische Kompetenz in den Sprachen Ψ Deutsch, Ψ Türkisch und Ψ _____.

Titel: _____

Ψ Name, Vorname: _____

Adresse (privat): _____

Ψ Adresse (dienstlich): _____

Mobiltelefon: _____

Tel. privat: _____ Ψ Telefon dienstlich: _____

E-Mail: _____ @ _____

Ψ **Ausgeübter Beruf:** _____

Ψ **Approbation** in VT TP PA als Ärztliche/r Psychotherapeut:in

als PP als KJP systemische Psychotherapie

weitere Therapieverfahren: _____

Ψ **Zielgruppen:** Erwachsene Kinder/Jugendliche Gruppen Supervision

sonstige: _____

Ψ **Arbeitsplatz:** Freiberufler Angestellter Studenten des Studiengangs:

Ich erkläre mich mit der Veröffentlichung der mit „ Ψ “ gekennzeichneten beruflichen Angaben im Mitgliederverzeichnis auf der Vereinshomepage und in anderen Vereinsmedien einverstanden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000717477

Mandatsreferenz: Wird nach Eingang separat mitgeteilt.

Hiermit ermächtige ich die **Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung e.V.** den satzungsgemäßen Jahresbeitrag* _____ € von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und Psychosoziale Beratung 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.

Name:

Anschrift:

Beitragshöhe: 30€ (ermäßigt) 50€

Name Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _____

Ort/Datum

Unterschrift

[Falls das Lastschriftmandat für den Jahresbeitrag einer anderen Person gilt: Dieses Sepa-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft für
(Vor- und Nachname) _____

*Der satzungsgemäße Jahresbeitrag beträgt 50,- Euro; *Der ermäßigte Jahresbeitrag für Student: innen, Arbeitslose und Rentner: innen beträgt 30,- Euro. Stand: 2023)

Bitte senden Sie den unterschriebenen Mitgliedsantrag & Sepa-Mandat per E-Mail bitte an: gtp@aktpt.de

oder per Post: GTP e.V.,
 c/o Dicle Özerden,
 Marktplatz 4
 63065 Offenbach

Vereinskonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund

IBAN: DE58 3006 0601 0007 1195 93 - BIC: DAAEDEDXXX