

Formular zur Aufnahme in das Trauma Hilfe Zentrum München e.V.

Aufnahme als **persönliches Mitglied** **institutionelles Mitglied**

• **Angaben zum Mitglied** (Person, Institution, persönliche/r AnsprechpartnerIn):

Institution

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Beruf / Titel

Tätigkeit (gegebenenfalls):

in eigener Praxis in Gemeinschaftspraxis in Institution (s.o.)

• **Anschrift**

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Email

Website

• **Privatanschrift** (gegebenenfalls)

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Email

Website

Mit dem Beitritt zum **Trauma Hilfe Zentrum** e.V. verpflichte ich mich,
die Ethik-Leitlinien einzuhalten.

Datum Unterschrift

- Auf das THZM e.V. wurde ich aufmerksam durch
-
-
-
-

- **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich das Trauma **Hilfe Zentrum München e. V., meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von 50,00 € von meinem Konto abzubuchen.**

Kontoinhaber

Straße

PLZ, Ort

Kontonummer

BLZ

Bank

Datum Unterschrift