

## 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 60,00 € von meinem Konto abzubuchen.**

Kontoinhaber .....

Straße .....

PLZ, Ort .....

IBAN .....

BIC .....

Bank .....

Datum ..... Unterschrift .....