

Trauma **Hilfe** Zentrum München e. V. (THZM)

FORMULAR ZUR AUFNAHME ALS MITGLIED

Aufnahme als persönliches Mitglied institutionelles Mitglied

Angaben zum Mitglied (Person, Institution, persönliche*r Ansprechpartner*in):

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

Trauma **Hilfe** Zentrum München e. V. (THZM)

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*in

Straße.....

PLZ, Ort.....

IBAN

BIC.....

Bank.....

Datum Unterschrift