

Beitritts- erklärung

Hiermit erkläre ich
meinen Beitritt in die
**Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.**
und in den entsprechenden
Landesverband der DGSP.



DGSP-Geschäftsstelle
Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Tel.: 0221/51 10 02
Fax: 0221/52 99 03
E-Mail: dgsp@netcologne.de

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE8737 0205 0000 0711 0800
BIC: BFSWDE33

Gläubiger ID: DE12 ZZ Z000 0049 8236

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Beruf

Arbeitsplatz

Telefon-Nr. dienstlich

privat

Bundesland (für NRW bitte angeben ob Rheinland oder Westfalen)

Ich interessiere mich für die Mitarbeit im folgenden Bereich:

Beitragsstufen

Stufe	Einkommensstufe netto monatlich	Mitgliedsbeitrag jährlich	Zutreffendes ankreuzen	Beitragsstufen Institutionen
I	0 – 700,- €	45,- €	<input type="checkbox"/>	I. 1 bis 20 Mitarbeiter/innen West <input type="checkbox"/> 250,- € Ost <input type="checkbox"/> 225,- €
II	701 – 1.200,- €	60,- €	<input type="checkbox"/>	I. 2 von 21–50 Mitarbeiter/innen West <input type="checkbox"/> 300,- € Ost <input type="checkbox"/> 275,- €
III	1.201 – 1.700,- €	80,- €	<input type="checkbox"/>	I. 3 von 51–100 Mitarbeiter/innen West <input type="checkbox"/> 350,- € Ost <input type="checkbox"/> 325,- €
IV	1.701 – 2.000,- €	100,- €	<input type="checkbox"/>	I. 4 über 100 Mitarbeiter/innen West <input type="checkbox"/> 450,- € Ost <input type="checkbox"/> 425,- €
V	2.001 – 2.500,- €	150,- €	<input type="checkbox"/>	
VI	2.501 – 3.000,- €	185,- €	<input type="checkbox"/>	
VII	über 3.001,- €	220,- €	<input type="checkbox"/>	

Zusätzlich zu meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich unter dem Motto **DGSP ist Mehrwert** gerne einen Förderbeitrag leisten. Der Förderbeitrag von € jährlich kann von meinem u. a. Konto eingezogen werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung an.
Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu Vereinszwecken elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mandatsreferenz wird Ihnen noch mitgeteilt.

IBAN:

bei: BIC:

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Unterschrift