

# Antrag auf einen Ausbildungsvertrag im SWK e. V. Leipzig

Czermaks Garten 11 | 04103 Leipzig | fon: 03 41 / 961 21 77 | fax: 03 41 / 9 61 21 80

**Das Formular bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.**

Ich habe ein Vorgespräch geführt bei: ..... am: .....

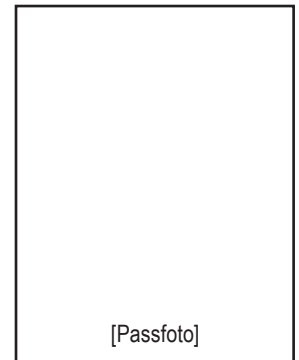
Ich bin Mitglied im SWK e. V. Leipzig und beantrage hiermit die Teilnahme an einer dreijährigen  
curriculären Weiterbildung im SWK e. V. Leipzig zur Erlangung von Bausteinen zum (bitte ankreuzen):

## Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie – fachgebunden\*

## Verhaltenstherapie

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie – fachgebunden\*



\* Facharztbezeichnung mit regelmäßigem Patientenkontakt: .....

## Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Titel: .....

Abschluss: .....

### Anschrift privat

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon:.....

Mobil: .....

E-Mail: .....

### Anschrift dienstlich

Einrichtung: .....

Straße: .....

PLZ / Ort:.....

Telefon: .....

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich verpflichte mich, jede Änderung meiner Angaben der Geschäftsstelle des SWK e. V. Leipzig mitzuteilen. Ich erkenne die Geschäftsbedingungen sowie die Datenschutzerklärung des SWK e. V. Leipzig an. Ich ermächtige den SWK e. V. Leipzig, die monatlichen Gebühren zur Vertragserfüllung laut beigefügtem SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. **(SEPA-Lastschriftmandat erforderlich)**

Datum / Unterschrift: .....

## Datenschutzerklärung

Das Mitglied ist mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden.

### 1. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlage

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

### 2. Datenverarbeitung zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt zur Gewährleistung Ihrer Mitgliedschaft im SWK e. V. Leipzig sowie der Aus- bzw. Weiterbildung. (z. B. Anmeldung zu Lehrveranstaltungen, Dokumentation von Ausbildungsleistungen, Beitragsbescheinigungen). Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Das Mitglied hat die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die persönlichen Daten zu erhalten. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden diese Daten wieder gelöscht. Personenbezogene Daten, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß der steuerlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre durch die Geschäftsstelle aufbewahrt. Nur Vorstandsmitglieder und sonstige Mitarbeiter, die im Verein besondere Funktion ausüben, welche die Kenntnis bestimmter Mitgliederdaten erfordert, haben Zugriff auf personenbezogene Mitgliederdaten.

# SEPA-Lastschriftmandat

**Das Formular bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.**

Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger SWK e. V. Leipzig, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die von SWK e. V. Leipzig auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name des Zahlungsempfängers:** Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Leipzig – SWK e. V. / Czermaks Garten 11, 04103 Leipzig

**Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE12SWK00000367189**

**Mandatsreferenznummer:**     (wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Wiederkehrende Zahlung (monatliche Gebühren der curriculären Ausbildung)

**Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Name: ..... Vorname: .....

Straße / Hausnummer: .....

PLZ / Ort: .....

Kreditinstitut: .....

IBAN: D]E]

BIC:           (kann entfallen, wenn sie ihr Konto in Deutschland führen)

Datum / Unterschrift: .....

**Ausbildungskandidat / Vertragsnehmer:** (falls von Kontoinhaber abweichend)

Name: ..... Vorname: .....

Datum / Unterschrift: .....

**Hinweis zum Zahlungseinzug:**

Die Gebühr (wiederkehrende Zahlung) wird jeweils zum 15. eines jeden Monats des Mitgliedsjahres eingezogen. Fällt der Fälligkeitstermin auf einen Wochenend- oder Feiertag, verschiebt sich dieser auf den nächsten Arbeitstag.