

Antrag auf Mitgliedschaft im SWK e.V. Leipzig

Das Formular bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Leipzig
– SWK e.V. / Geschäftsstelle: Czermaks Garten 11, 04103 Leipzig / Fax: 03 41 / 9 61 21 80

Angaben des Mitgliedes

Frau Herr Div. Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Abschluss:

Anschrift privat

Straße:

.....

PLZ / Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Anschrift dienstlich

Einrichtung:

.....

Straße:

.....

PLZ/Ort:

Telefon:

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich unter Anerkennung der Satzung und der Datenschutzerklärung meinen Beitritt zum Sächsischen Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Leipzig – SWK e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Der kalenderjährlich fällige Mitgliedsbeitrag wird von meinem Konto laut **beigefügtem** SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. (**SEPA-Lastschriftmandat erforderlich**)

Datum / Unterschrift:

