

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V.
zum Jahr _____ (Mitgliedschaft gilt für ein komplettes Kalenderjahr)

Name	Vorname
Titel	Geburtsdatum
Beruf <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Zahnarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Dipl.-Psychologe/in mit HPG-Zulassung <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Student/Studentin der _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(Fachrichtung)</div>	Wie sind Sie auf unsere Gesellschaft aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Presse / Fachliteratur <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Austausch mit Kollegen <input type="checkbox"/> Andere Fortbildungsveranstaltungen <input type="checkbox"/> DGH Weiterbildungszentrum: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Diplomurkunde, Approbationsurkunde, Studiausweis und/oder Heilerlaubnis bitte in Kopie beifügen.</div>
Fach(zahn)arzt-Anerkennungen	
Therapieverfahren <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologie	

Anschrift privat	Anschrift dienstlich
	Klinik/Praxis
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail
	Homepage
Postsendungen an <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Dienstadresse	
Ich bin darüber informiert, dass meine Daten elektronisch gespeichert und im Rahmen der DGH-Verwaltung verwendet werden.	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Einzugsermächtigung:	
Hiermit ermächtige ich die DGH (Gläubiger-ID: DE 31 ZZZ 000 00 513 220) widerruflich, meinen Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos per SEPA-Lastschrift einzuziehen.	
IBAN	BIC
Bankname	

Ort, Datum	Unterschrift