

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.: 02 21/51 10 02
Fax: 02 21/52 99 03
E-Mail: dgsp@netcologne.de

Bank für Sozialwirtschaft
BLZ.: 370 205 00
Kto.-Nr.: 7110800

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

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag und den Förderbeitrag (ggf. streichen) zu Lasten meines

Konto-Nr.:

bei:

BLZ:

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum

Unterschrift