



Verband für interdisziplinäre &  
praxisorientierte Traumaarbeit

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ -ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

zum \_\_\_\_\_ (Datum) die Aufnahme in den VipT.

### Die Aufnahme soll erfolgen als:

- |  |                   |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied private Person     | 90,00 Euro/ Jahr  |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied juristische Person | 90,00 Euro/ Jahr  |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung bis 5 Mitarbeiter     | 150,00 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung bis 10 Mitarbeiter    | 180,00 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung bis 15 Mitarbeiter    | 210,00 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung bis 25 Mitarbeiter    | 300,00 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung bis 50 Mitarbeiter    | 400,00 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung bis 100 Mitarbeiter   | 720,00 Euro/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung über 100 Mitarbeiter  | 960,00 Euro/ Jahr |

**Mit der Aufnahme in den VipT erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung  
des Vereines ausdrücklich an.**

\_\_\_\_\_  
(Ort/ Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/ Stempel)



Verband für interdisziplinäre &  
praxisorientierte Traumaarbeit

## Zahlung des Mitgliedsbeitrages

Bitte buchen sie die fälligen Mitgliedsbeiträge bis auf Wiederruf von folgendem Konto ab:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

INAN: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

## Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bin ich einverstanden.

---

(Ort/ Datum)

(Unterschrift Antragssteller)