

GwG - Gesellschaft für Personzentrierte  
Psychotherapie und Beratung e.V.  
Melatengürtel 127  
50825 Köln

**Antrag auf Aufnahme als stimmberechtigtes Mitglied in die  
Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.**

Hiermit beantrage ich, als stimmberechtigtes Mitglied in die Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. aufgenommen zu werden.

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

Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

☎ privat: \_\_\_\_\_ Fax privat: \_\_\_\_\_

☎ dienstl.: \_\_\_\_\_ Fax dienstl.: \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

@ privat: \_\_\_\_\_ @ dienstl.: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Berufabschluss: \_\_\_\_\_

Studienabschluss: \_\_\_\_\_

Angestellt als: \_\_\_\_\_ Angestellt seit: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Selbstständig seit: \_\_\_\_\_

Derzeitige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Im 1. Jahr der Mitgliedschaft beträgt der Beitrag 130,00 Euro  
Der Regelbeitrag beträgt 260,00 Euro  
Das Beitragsjahr entspricht dem Kalenderjahr

Die derzeit gültige Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten von der GwG e.V. gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Um Ihnen die Formalitäten einer Überweisung und uns zusätzliche Verwaltungskosten zu ersparen, bieten wir Ihnen das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren an. Hierzu füllen Sie bitte die Einzugsermächtigung aus.

### SEPA-Lastschriftmandat

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** GwG e.V., Melatengürtel 127, 50825 Köln

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE95ZZZ00000009608

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

\_\_\_\_\_

Ich ermächtige die GwG e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GwG e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

\_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):**

\_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfügungsberechtigten (wenn nicht Kontoinhaber)