



Antrag auf Mitgliedschaft

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V.
-Bundesgeschäftsstelle-
Naumannstraße 22

Tel. +49.(0)30.294 924 93
Fax +49.(0)30.294 924 94
info@musiktherapie.de

10829 Berlin

*Dieses Formular können Sie am PC ausfüllen.
Klicken Sie bitte dazu auf die grauen Felder
Bitte senden Sie es unterschrieben per Post an
nebenstehende Anschrift!*

Ich beantrage zum Beginn des nächsten Quartals meine Mitgliedschaft in der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMtG).

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer			PLZ / Wohnort		
Telefon Mobil		Telefon Festnetz		E-Mail	
Musiktherapeutische Ausbildung			Arbeitsstelle		
Ausbildungsinstitut			Telefon beruflich		
Abschluss			E-Mail beruflich		
Ich beantrage einen ermäßigten Mitgliedsbeitrag					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ich habe den Nachweis für eine Ermäßigung beigelegt.					
Nur von Studierenden auszufüllen (Nachweis bitte beifügen)					
Ausbildungsstätte					
Studienfach					

Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 160,- jährlich, für Studenten bis zum vollendeten 27. Lebensjahr unter jährlicher Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung € 80,-. Diese Ermäßigung gilt für Musiktherapiestudierende auch bis zum Ende des Studiums über die Altersgrenze hinaus. Weitere Ermäßigungen erhalten Sie gegen Vorlage der jeweiligen Bescheinigung für Rentenbezug, Elternzeit, Arbeitslosigkeit sowie Doppelmitgliedschaft.

Alle Veränderungen (Adresse, Mitgliedsstatus, Bankverbindung usw.) sind bitte zeitnah der DMtG mitzuteilen.

Die Satzung und die Leistungen der DMtG e.V. entnehmen Sie bitte unserer Informationsbroschüre. Diese Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage

www.musiktherapie.de.





SEPA-Lastschriftmandat

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) e.V. | Naumannstr. 22 | 10829 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE71ZZZ00000033805

Mandatsreferenz: Wird Ihnen separat mitgeteilt (entspricht Ihrer Mitglieds-Nummer)

Ich ermächtige die DMtG e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DMtG 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name (Kontoinhaber)	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer		PLZ / Wohnort
Kreditinstitut (Name und Ort)		
IBAN	BIC	
Datum, Ort	Unterschrift	

Die Zustimmung zum Lastschriftverfahren ist Voraussetzung für die Mitgliedschaft.

Bitte denken Sie daran, uns bei Änderungen Ihrer Bankdaten umgehend ein neues SEPA-Lastschriftmandat zuzusenden.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir zugleich, dass ich/wir die Satzung der DMtG anerkenne/n.

Ort, Datum

Unterschriften

