

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Thüringer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e.V.

Name, Vorname:

akad. Titel:

Beruf / Tätigkeit:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

E-Mail:

Dienstanschrift:

Telefon / Fax / E-Mail:

☐ Erteilung einer Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) auf gesondertem Formular

☐ Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

.....
Datum / Unterschrift



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Thüringer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Bahnhofstraße 1a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

07646 Stadtroda

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 3 Z Z Z 0 0 0 0 9 1 3 2 6 8

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

T h W B K f P T

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

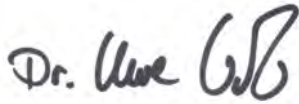
Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Einverständnis- und Datenschutzerklärung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie stehen aktuell in unserem Verteiler. Aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung können wir Ihnen leider nicht ohne Weiteres Einladungen oder Informationen zusenden. Um die Kommunikation mit Ihnen reibungsfrei zu gestalten und Sie wie gewohnt über unsere Jahrestagung, Mitgliederversammlung sowie Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu informieren, bitten wir Sie kurz um Bestätigung der folgenden Einverständnis- und Datenschutzerklärung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Uwe Wutzler

**Einverständnis- und Datenschutzerklärung**

Vorname, Name:

Adresse:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Anschrift Arbeitgeber, Wohnanschrift, Telefon-/Faxnummer, E-Mail-Adresse, Kontodaten) zum Zwecke des Zahlungsverkehrs, der Information über Veranstaltungen, Seminare und Tagungen aufbewahrt und verwendet werden.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mich der Thüringer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e. V. über Veranstaltungen, Seminare und Tagungen informiert.

Hinweis Widerrufsrecht: Ich kann jederzeit ohne Angaben von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch, per Fax oder per E-Mail an den Thüringer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e. V. übermitteln.

Datum, Unterschrift: