

# Antrag auf Mitgliedschaft im SWK e.V. Leipzig

**Das Formular bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.**

Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Leipzig  
– SWK e.V. / Geschäftsstelle: Czermaks Garten 11, 04103 Leipzig / Fax: 03 41 / 9 61 21 80

## Angaben des Mitgliedes

Frau      Herr      Div.      Titel: .....

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

26,00 € (Akademiker)      13,00 € (Mittleres med. Personal)      8,00 € (Studenten-jährl. Nachweis)

## Anschrift privat

Straße:.....

.....

PLZ / Ort: .....

Telefon: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

## Anschrift dienstlich

Einrichtung: .....

.....

Straße: .....

.....

PLZ/Ort: .....

Telefon:.....

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich unter Anerkennung der Satzung und der Datenschutzerklärung meinen Beitritt zum Sächsischen Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Leipzig – SWK e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Der kalenderjährlich fällige Mitgliedsbeitrag wird von meinem Konto laut **beigefügtem** SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. **(SEPA-Lastschriftmandat erforderlich)**

Datum / Unterschrift: .....

