



Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT n.e.V.

Fachgesellschaft für Psychosoziale Kunsttherapie

Vertretungsberechtigter Vorstand nach § 26 BGB:

Dipl.-Päd. Catrin Draheim, Elke Anila Gefeke, Dipl.-Des. Brigitte Parsche, Julia Schneider

Verbandsschule: ASCOL-College gem. n.e.V..

[VDKT-Geschäftsstelle, Herzogin-Agnes-Platz 8, 29336 Nienhagen](#)

VDKT-Geschäftsstelle

Waldweg 11

29336 Nienhagen

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

**Verband Deutscher Kunsttherapeuten
VDKT n. e. V.**

Fachgesellschaft für Psychosoziale Kunsttherapie

als:

- Ordentliches Mitglied (Zertifizierung durch den VDKT)
Mitgliedsbeitrag jährlich 120 Euro
- Ausserordentliches Mitglied (Studenten des ASCOL-College)
Mitgliedsbeitrag jährlich 100 Euro
- Ausserordentliches Mitglied (ohne Zertifizierung)
Mitgliedsbeitrag jährlich 100 Euro

zum Datum: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Angaben bei:

- Formular Aufnahmeantrag
- Ausbildungsnachweise (incl. Stundennachweis / Credit-Points)
- Formular SEPA Verfahren

Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT n.e.V. - Fachgesellschaft für Psychosoziale Kunsttherapie

Waldweg 11, 29336 Nienhagen · Telefon: 05085 / 95 60 104 · E-Mail: mail@vdkd.org

Bankverbindung: Sparkasse Gifhorn-Wolfsburg

BIC: NOLADE 21 GFW · IBAN: DE26 2695 1311 0011 047628 · GläubigerID: DE 51VDK 00000771559

Formular Aufnahmeantrag

Wichtig: Sämtliche Angaben bitte sehr sorgfältig! **Bitte in Blockschrift** ausfüllen.

Titel/Anrede: _____

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____ **Nr.:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Geboren am: _____ **Ort:** _____

Tel. Nr.: _____ **Mobil:** _____

Fax: _____ **Email:** _____

Zertifizierung / Graduierung durch: _____

Grundberuf: _____

Derzeit ausgeübte Beschäftigung: _____

Arbeitgeber: _____

Lehraufträge: _____

Methodenschwerpunkte: _____

Veröffentlichungen/Ausstellungen: _____

Weitere Verbandsmitgliedschaften: _____

Approbation _____

Ort, Datum

HP Zulassung _____

Ort, Datum

Ausbildungsnachweise/Zeugnisse/Curricula/bei Studenten des ASCOL-College:

inklusive bisheriger Stundenzahl / bzw. Credit-Points in Kopie beifügen:

1
2
3
4

- Hiermit berechtige ich den VDKT zur Veröffentlichung meiner persönlichen Angaben in der Liste der praktizierenden und lehrenden Therapeuten.
- Ich verpflichte mich, mich regelmäßig auf der Homepage des Verbandes über Veränderungen und News zu informieren. Ich erkenne die Satzung, die Ethikrichtlinien und die Mitgliederordnung des VDKT als bindend und rechtlich verpflichtend an.**

Für die Richtigkeit der Angaben: _____

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

Formular: SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger ID: DE51VDK00000771559

Ich ermächtige den Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT n.e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VDKT auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (im Voraus, im Dezember für das Folgejahr).

Ordentliches Mitglied (Zertifizierung durch den VDKT)

Mitgliedsbeitrag jährlich 120,-€

Ausserordentliches Mitglied (z. B. Kunsttherapeut/In Student/In, Institut, u.a.)

Mitgliedsbeitrag jährlich 100,- €

Ausserordentliches Mitglied (ohne Zertifizierung durch den VDKT)

Mitgliedsbeitrag jährlich 100,- €

zum Datum: _____

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC

IBAN

Für die Richtigkeit der Angaben: _____

Ort, Datum und Unterschrift der/des Antragstellers