



Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT n. e. V.

Fachgesellschaft für Psychosoziale Kunsttherapie

Vorstand: Alexander B. Schadow (1. Vors.), Dipl.-Päd. Catrin Draheim (2. Vors.)
ASCOL-College – Bildungswerk des VDKT

VDKT-Geschäftsstelle, Waldweg 11, 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

- Ordentliches Mitglied Mitgliedsbeitrag jährlich 120 €
- Ordentliches Mitglied mit Zertifizierung
entspr. der VDKT-Fortbildungs- und Zertifizierungsrichtlinien
Mitgliedsbeitrag jährlich 120 €
- Außerordentliche Mitglied (Studenten des ASCOL-Colleges)
Mitgliedsbeitrag jährlich 100 €
- 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

Vorstand: Alexander B. Schadow (1. Vors.), Dipl.-Päd. Catrin Draheim (2. Vors.)
ASCOL-College – Bildungswerk des VDKT

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: | E-Mail: |
| Zertifizierung / Graduierung durch: Grundberuf: | | |
| Derzeitiger Arbeitgeber: | | |
| Methodenschwerpunkte: | | |
| Verbandsmitgliedschaften: | | |
| Approbation: | | |
| Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde bzw. Approbation | | |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> HP-Psychotherapie | | |
| <input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | | |

- Ausbildungsnachweise/Zeugnisse/Curricula/bei Studenten des ASCOL-Colleges: inklusive bisheriger Stundenzahl / bzw. Credit-Points in Kopie beifügen.
- Hiermit berechtige ich den VDKT zur Veröffentlichung meiner persönlichen Angaben im Verzeichnis der praktizierenden Therapeuten.
- Ich verpflichte mich, mich regelmäßig auf der Homepage des Verbandes über Veränderungen 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 der Antragstellerin/des Antragstellers



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

Vorstand: HPP Alexander B. Schadow, Dipl.-Päd. Catrin Draheim

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

Formular: SEPA Lastschriftmandat · Gläubiger ID: DE51VDK0000077159

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 1. Quartal für das laufende Jahr).

- Zertifiziertes Mitglied (Zertifiziert durch den VDKT) Jahresbeitrag jährlich 120,- €
- Ordentliches Mitglied (ohne Zertifizierung durch den VDKT) Jahresbeitrag jährlich 120,- €
- Außerordentliches Mitglied (z. B. Kunsttherapeut/In, Student/In u.a.) Jahresbeitrag 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