



VERBAND FÜR LESBISCHE, SCHWULE, BISEXUELLE, TRANS*,
INTERSEXUELLE UND QUEERE MENSCHEN IN DER PSYCHOLOGIE

An den VLSP
c/o PLUS e.V.
Max-Joseph-Straße 1
68167 Mannheim

VLSP
c/o PLUS e.V.
Max-Joseph-Straße 1
68167 Mannheim
E-Mail: kontakt@vlsp.de
Internet: www.vlsp.de
Fon: 0621 48345539
Fax: 0621 3362186
Sozialbank Stuttgart
IBAN: DE63 6012 0500 0008 7284 00
BIC: BFSWDE33STG
VR 14590 München

Liebe Interessent*in,

wir freuen uns, dass Sie dem VLSP e.V. beitreten wollen. Dem VLSP gehören lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen an, die in psychologischen Tätigkeitsfeldern arbeiten. Er fördert die fachliche Auseinandersetzung zu Fragen rund um die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität.

Neben Psycholog*innen mit Bachelor, Master oder Diplom können auch Kolleg*innen bzw. Studierende mit einem gleichwertigen Abschluss in einem angrenzenden bzw. verwandten Fach Mitglied werden. Ob die Kriterien für die Aufnahme vorliegen, entscheidet der Vorstand.

Mit herzlichen Grüßen für den Vorstand
Jochen Kramer

Beitrittserklärung

- ✓ JA, ich möchte Mitglied im VLSP e.V. werden. (Der Jahresbeitrag beträgt 80 € bzw. 30 € für Rentner_innen, Mitglieder mit Kindern, Arbeitssuchende, Studierende, PPIA und Kolleg_innen in prekären wirtschaftlichen Situationen. Bitte Nachweis beilegen!)
- ✓ JA, ich bin damit einverstanden, dass der Verein zum Zwecke seiner Mitgliederverwaltung meine persönlichen Daten speichert. Ich erkläre mich mit dem Zweck (§ 2) und allen anderen Paragraphen der aktuell gültigen Satzung (Download unter www.vlsp.de/vlsp) einverstanden.

Vorname, Nachname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Die E-Mail-Adresse wird zur Freischaltung der Online-Angebote des VLSP verwendet (Benutzerkonto für die Webseite und Abonnement der VLSP-Mailingliste). Schreiben vom Vorstand werden per E-Mail versendet. Wenn NICHT gewünscht:

- NEIN. Ich möchte NICHT dass meine Mailadresse zur Freischaltung der Online-Angebote verwendet wird und Schreiben vom Vorstand auf dem Postweg erhalten.

Akademischer Grad: Bachelor; Master; Diplom; Student*in

Fach: Psychologie; anderes: _____

SEPA-Lastschriftmandat

VLSP e.V., Gläubiger-Identifikationsnummer: DE5300000000515055

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

- ✓ JA, Ich ermächtige den VLSP, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VLSP 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.)

Kontoinhaber*in: _____ **IBAN:** _____

Kreditinstitut: _____ **BIC:** _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Kalenderjahres erfolgen. Bereits entrichtete Beiträge für das laufende Jahr werden nicht erstattet.