



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

Beitrittserklärung

- ✓ JA, ich möchte Mitglied im VLSP* e.V. werden und erkläre mich einverstanden:
- ... mit dem Zweck (§ 2) und allen anderen Paragraphen der aktuell gültigen Satzung (Download unter www.vlsp.de/vlsp)
 - ... den Jahresbeitrag von derzeit 80 € bzw. ermäßigt 30 € (für Rentner*innen, Mitglieder mit Kindern, Arbeitssuchende, Studierende, PPIA und Kolleg*innen in prekären wirtschaftlichen Situationen. Für Ermäßigung: bitte Nachweis beilegen!) zu entrichten
 - ... damit, dass die mich betreffenden Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind (vgl. Datenschutzerklärung unter www.vlsp.de/datenschutz).

Vorname, Nachname: _____

Anrede/Pronomen: Frau/sie; Herr/er; andere Form: _____

Adresse: _____

E-Mail*: _____

Die E-Mail-Adresse wird für „offizielle“ Informationen vom Vorstand und der Geschäftsstelle verwendet. Außerdem können auf Wunsch folgende Online-Angebote des VLSP freigeschaltet werden:

- JA, ich möchte die Mailingliste *vlsp-intern* zum Austausch zwischen Vereinsmitgliedern abonnieren
- JA, ich möchte einen Zugang zum internen Mitgliederbereich der VLSP*-Webseite (www.vlsp.de/user)

Akademischer Grad: Student*in; Bachelor; Master; Diplom; Promotion: Dr. _____

Professur; anderes: _____

Fach: Psychologie; anderes Fach: _____

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.