



FACHVERBAND FÜR QUEERE MENSCHEN
IN DER PSYCHOLOGIE E.V.

VLSP* e.V. Sekretariat

% Felix Hornig

Nedderfeld 110c

22529 Hamburg

(per Mail: sekretariat@vlsp.de)

VLSP* e.V.

Reinsburgstraße 82
70178 Stuttgart

E-Mail: sekretariat@vlsp.de
Internet: www.vlsp.de

Sozialbank Stuttgart
IBAN DE10 3702 0500 0008 7284 00
BIC: BFSWDE33XXX

VR 726842 Stuttgart

vertretungsberechtigter Vorstand:
Adan Geißendörfer, Cornelia Kost,
Jürgen Stolz, Pavel Barbot

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 100 € bzw. ermäßigt 40 € (für Rentner*innen, Mitglieder mit Kindern, Arbeitssuchende, Studierende, PiA 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. www.vlsp.de/datenschutz).

Nachname, Vorname: _____

Ggf. gesetzlicher Vorname falls abweichend: _____

Anrede/Pronomen: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort, Bundesland): _____

E-Mail*: _____

Die E-Mail-Adresse wird für „offizielle“ Informationen vom Vorstand, der Geschäftsstelle und dem Sekretariat 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)
- ☐ JA, ich möchte einen Zugang zum VLSP*-Video-Chat-Portal bei Alfaview (für VLSP*-interne Online-Treffen z.B. Intervisionsgruppe, Mitgliederversammlungen)

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.