



FACHVERBAND FÜR QUEERE MENSCHEN
IN DER PSYCHOLOGIE E.V.

VLSP* e.V.

Reinsburgstraße 82
70178 Stuttgart

E-Mail: geschaeftsstelle@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

VLSP* e.V. Sekretariat

% Felix Guido Hornig (er/ihm)

Beitrittserklärung per E-Mail an: sekretariat@vlsp.de

Beitrittserklärung

- ✓ JA, ich möchte Mitglied im VLSP* e.V. werden und stimme Folgendem zu:
- ... dem Zweck (§ 2) und allen weiteren Paragraphen der aktuell gültigen Satzung (Download: www.vlsp.de/vlsp).
 - ... der Zahlung des Jahresbeitrags von derzeit 100 € bzw. ermäßigt 40 € (für Rentner*innen, mit Kindern unter 25, Arbeitssuchende, Studierende, PiA und Kolleg*innen in prekären wirtschaftlichen Situationen; Nachweis erforderlich).
 - ... der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten, soweit dies für Mitgliedschaft, Mitgliederbetreuung und -verwaltung sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich ist (vgl. www.vlsp.de/datenschutz).

Nachname, Vorname:

Ggf. abweichender gesetzlicher Vorname:

Anrede/Pronomen:

Adresse (Straße, PLZ, Ort, Bundesland):

E-Mail*:

Die E-Mail-Adresse dient offiziellen Informationen von Vorstand, Geschäftsstelle und Sekretariat. Auf Wunsch können außerdem folgende VLSP-Angebote freigeschaltet werden:

- ☐ JA, ich möchte Zugang zum internen Mitgliederbereich der VLSP*-Webseite (www.vlsp.de/user).
- ☐ JA, ich möchte die Mailingliste *vlsp-intern* für den Austausch unter Vereinsmitgliedern abonnieren.
- ☐ JA, ich möchte Zugang zum VLSP*-Video-Chat-Portal bei Alfaview für interne Online-Treffen, z. B. Interventionsgruppen und Mitgliederversammlungen.

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

☐ Professur; ☐ anderes:

Fach: ☐ Psychologie; ☐ anderes Fach:

Woher kennst Du uns?

SEPA-Lastschriftmandat

VLSP* e.V., Gläubiger-Identifikationsnummer: DE5300000000515055

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

- ✓ JA, ich ermächtige den VLSP*, Zahlungen per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen, und weise mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen. Hinweis: Innerhalb von acht Wochen ab Belastungsdatum kann ich die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in: **IBAN:**

Kreditinstitut: **BIC:**

Ort, Datum: **Unterschrift:**

Die Mitgliedschaft kann mit einmonatiger Frist zum Kalenderjahresende gekündigt werden. Bereits gezahlte Beiträge für das laufende Jahr werden nicht erstattet.