



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



VDKT • Herzogin-Agnes-Platz 8 • 29336 Nienhagen

Herzlich willkommen beim Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT.

Wir sind eine berufsständische Vereinigung, welche die Interessen der Kunsttherapeuten die beratend tätig sind ebenso vertritt, wie die jener Mitglieder die über eine eingeschränkte oder volle Heilpraktikerzulassung verfügen oder eine Berufszulassung nach dem Psychotherapeutengesetz besitzen und als Klinische Kunsttherapeuten tätig sind.

Verband Deutscher Kunsttherapeuten n.e.V.
Fachgesellschaft für Psychosoziale Kunsttherapie
Herzogin-Agnes-Platz-8
29336 Nienhagen
Mail: infos@vdk.de
Sprechzeiten Verwaltung:
☎ 0151 466 588 75 Dienstags 17:00-19:00 Uhr

Gläubiger ID: DE 51VDK00000771559
Bankverbindung:
Sparkasse Gifhorn-Wolfsburg
BIC: NOLADE 21 GFW
IBAN: DE 26 2695 1311 0011 047628

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im
Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT n. e. V.
Fachgesellschaft für Psychosoziale Kunsttherapie
als:

- Ordentliches Mitglied (Zertifizierung durch den VDKT)
Mitgliedsbeitrag jährlich 80,-€
- Ausserordentliches Mitglied (z. B. Kunsttherapeut/In Student/In, Institut, u.a.)
Mitgliedsbeitrag jährlich 60,- €
- Ausserordentliches Mitglied (ohne Zertifizierung durch den VDKT)
Mitgliedsbeitrag jährlich 60,- €

zum Datum: _____

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger ID: DE51VDK00000771559

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 Dezember für das Folgejahr).

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC

IBAN

Ort: -----

Datum: -----

Unterschrift: -----

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Angaben bei:

Wichtig: Sämtliche Angaben bitte sehr sorgfältig! Nur in **Druckschrift – GROSSBUCHSTABEN** (außer Email) schreiben

Titel/Anrede:

Name:

Vorname:

Strasse:

Nr.:

PLZ:

Ort:

Geboren am:

Ort:

Tel. Nr.:

Mobil:

Fax:

Email:

Zertifizierung / Graduierung durch:

Grundberuf:

Derzeit ausgeübte Beschäftigung:

Arbeitgeber:

Lehraufträge:

Methodenschwerpunkte:

Veröffentlichungen/Ausstellungen:

Weitere Verbandsmitgliedschaften:

Approbation

Ort , Datum

HP Zulassung

Ort , Datum

Ausbildungsnachweise/Zeugnisse/Curricula / bei Seminarteilnehmern des ifktp:

Modulabschlussprüfung A: KTA-Kunsttherapeutische Assistenz

inklusive Stundenzahl / bzw.cts

in Kopie beifügen:

1
2
3
4

Hiermit berechtige ich den VDKT zur Veröffentlichung meiner persönlichen Angaben in der Liste der praktizierenden und lehrenden Therapeuten.

Ich verpflichte mich, mich regelmäßig auf der Homepage des Verbandes über Veränderungen und News 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 und Unterschrift der/des Antragsteller/In