



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Therapeuten – Interessen – Gemeinschaft der Region 10 e.V. (TIG e.V.)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

bitte Zutreffendes ankreuzen

Tätigkeit: Staatlich anerkannte/r Ergotherapeut/in Staatlich anerkannte/r Logopäde/in Staatlich anerkannte/r Physiotherapeut/in
(bitte Kopie der Berufsurkunde beilegen)

Ich bin: Praxisinhaber/in fachliche/r Leiter/in einer niedergelassenen Praxis Angestellte/r einer niedergelassenen Praxis selbständig tätig als freie/r Mitarbeiter/in in niedergelassenen Praxen

ggf. weitere Praxen:

Praxisname: _____

Praxisname: _____

Praxisadresse : _____

Praxisadresse : _____

Praxistelefon Nr.: _____ / _____

Praxistelefon Nr.: _____ / _____

Website Praxis: www. _____

Website Praxis: www. _____

Email Praxis: _____

Email Praxis: _____

wenn Sie noch weitere Praxen haben bzw. in weiteren Praxen arbeiten, bitte auf Extrablatt angeben, Danke!

Berufsverband: Ich bin Mitglied in folgendem Berufsverband: _____ (bitte Kopie der Beitrittserklärung beilegen)
 Ich bin in keinem Berufsverband Mitglied

Privatadresse : _____

Private Telefon Nr.: _____ / _____

Private Email: _____

Post von TIG möchte ich: an die Praxisadresse an meine Privatadresse

Emails von TIG möchte ich: an die Praxis-Emailadresse an meine private Emailadresse geschickt bekommen.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die TIG e.V. bis auf Widerruf, die Beitragszahlungen bei Fälligkeit per Lastschrift von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen:

Kreditinstitut: _____ Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____ Unterschrift: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der TIG e.V. an und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift