**Aufnahmeantrag des MCT INSTITUTE GERMAN BRANCH (Stand 03.09.18)**

**Aufnahmeantrag**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im MCT INSTITUTE GERMAN BRANCH e.V. als assoziiertes Mitglied.

Anrede: O Frau O Herr

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Institution:

Beruf:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

Ich habe Kenntnis von der Satzung und der Beitragsordnung genommen und erkenne diese an.

Ort, Datum, Unterschrift

**Sepa-Lastschriftmandat**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass der Verein MCT INSTITUTE GERMAN BRANCH e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Bank/Ort:

einzieht. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Ermächtigung ist jederzeit widerruflich.

Ort, Datum, Unterschrift

**Datenschutz**

Mir ist bekannt, dass der Verein MCT INSTITUTE GERMAN BRANCH e.V. meine o.g. Daten ausschließlich zu Vereinszwecken speichert und sie nicht an Dritte weitergibt. Eine Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu Vereinszwecken. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, dass Ihr Name und Ihre Kontaktdaten auf der Homepage veröffentlicht werden, wenn Sie Diplomierter-MCT-Therapeut sind. Mit der Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage des Vereins bin ich:

O einverstanden O nicht einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift