



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FiL





LIEBE ZUKÜNFTIGE MITGLIEDER,

der FiL ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein. Die Mitglieder des FiL setzen sich dafür ein, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Lernstörungen sowie deren Familien eine lerntherapeutische Förderung erhalten, in hoher Qualität, in ausreichendem Maße und unabhängig ihrer Herkunft.

Wir bitten um folgende Angaben, um Ihre Mitgliedschaft gemäß der Satzung prüfen und Sie als Mitglied aufnehmen zu können und zudem, damit Sie alle Serviceleistungen des FiL erhalten und die Mitgliedschaft verwaltet werden kann. Sie können die Angaben jederzeit ändern. Mit Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten rechtskonform gelöscht.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizulegen:

- Tabellarischer Lebenslauf
- Kopie des Hochschulabschlusses und/oder Kopie des Berufsabschlusses
- Kopie der Master-/Bachelorurkunde Lerntherapie bzw. des Weiterbildungsabschlusses Lerntherapie

Für telefonische Rückfragen erreichen Sie uns unter **+49 (0)30 55 24 63 09**

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Antrag zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an:

Fachverband für integrative Lerntherapie e.V.
Grunewaldstr. 57 | 10825 Berlin

Der Mitgliedsantrag kann digital ausgefüllt werden, die Unterschriften jedoch müssen handschriftlich erfolgen. Im Falle einer digitalen Einsendung, scannen Sie bitte einen unterschriebenen Ausdruck ein und senden ihn per Mail an: **info@lernfil.de**

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FiL

1. PERSÖNLICHE DATEN (für die Mitgliederverwaltung und den Schriftverkehr)

Vorname Name		Titel		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Telefon		E-Mail		Website	
Privatanschrift			Praxisanschrift		
Straße Hausnummer			Praxis		
PLZ Ort			Straße Hausnummer		
PLZ Ort			PLZ Ort		
Korrespondenzadresse für den FiL		Privat <input type="checkbox"/>	Praxis <input type="checkbox"/>	Telefon	
Adresse zur Veröffentlichung auf der FiL-Website		Privat <input type="checkbox"/>	Praxis <input type="checkbox"/>		

2. EINTRAG IN DIE LERNTHERPEUT*INNEN-SUCHE (nur für die zertifizierte Mitglieder)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf der FiL-Website veröffentlicht werden.

Folgende Angaben können Sie zusätzlich auf den Websites in der Lerntherapeutensuche veröffentlichen:

Hochschul- bzw. Berufsabschlüsse (max. 4)

Schwerpunkte der Tätigkeit (max. 6)

<input type="checkbox"/> LRS-Therapie	<input type="checkbox"/> AD(HS)	<input type="checkbox"/> Lerntherapie in	<input type="checkbox"/> Legasthenietherapie in	<input type="checkbox"/> Anderer Schwerpunkt
<input type="checkbox"/> Dyskalkulietherapie	<input type="checkbox"/> Konzentrationstraining	<input type="checkbox"/> Fremdsprache	<input type="checkbox"/> Fremdsprache	

3. AUSBILDUNG UND QUALIFIKATION

Abschluss
(zur satzungsgemäßen Aufnahme in den FiL sowie für statistische Auswertungen der Mitgliederstruktur, u.a. erforderlich für die Anerkennung als Fachgesellschaft)

<input type="checkbox"/> Hochschulabschlüsse	<input type="checkbox"/> Promotion	<input type="checkbox"/> lerntherapeutische Weiterbildung	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Approbation	<input type="checkbox"/> anderer Abschluss
Grad	im Fach	als	als	als	als
(Bitte Kopien beilegen)	(Bitte Kopien beilegen)				

Ich bin Mitglied in folgenden Verbänden (freiwillige Angabe)

4. ANGABEN ZUR BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

(für statistische Auswertungen der Mitgliederstruktur, u.a. erforderlich für die Anerkennung als Fachgesellschaft und zur Anerkennung des Berufsbildes Lerntherapeut*in)

Einrichtung

<input type="checkbox"/> Praxis Institut andere Einrichtung	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Fort- und Weiterbildungseinrichtung:
Name	Name	Name

Berufsstatus

<input type="checkbox"/> Selbstständig in eigener Praxis	<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> angestellt in Teilzeit	<input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Vollzeitstudierende*r
<input type="checkbox"/> angestellt in Vollzeit	Therapieeinw./Woche	Anteil in %	neben einer Tätigkeit als	Ausbildungsstätte	Institut Uni Hochschule
Sonstiges				Abschluss vorraussichtl.	Abschluss vorraussichtl.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FiL

5. BEITRAG

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt **monatlich 17 Euro** und wird als Jahresgebühr von 200 Euro bis zum 01. März für das jeweilige Kalenderjahr eingezogen bzw. überwiesen. Im ersten Mitgliedsjahr wird nur der anteilige Beitrag berechnet. Weitere Abweichungen sind in der Beitragsordnung geregelt.

6. DATENSCHUTZVEREINBARUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der FiL meine Daten wie oben beschrieben verarbeitet und mir als Mitgliederservice regelmäßig Informationen vom Fachverband und den Vertretern der FiL Regionalgruppen zukommen lässt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

7. ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum FiL. Ich habe die Satzung des FiL zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben nach bestem Wissen.

Ort	Datum	Unterschrift (handschriftlich)
-----	-------	--------------------------------

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFT

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen für den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Kontos:

Kontoinhaber (Anschrift, wenn von o.g. abweichend)	Kreditinstitut
IBAN	BIC

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort	Datum	Unterschrift (handschriftlich)
-----	-------	--------------------------------

