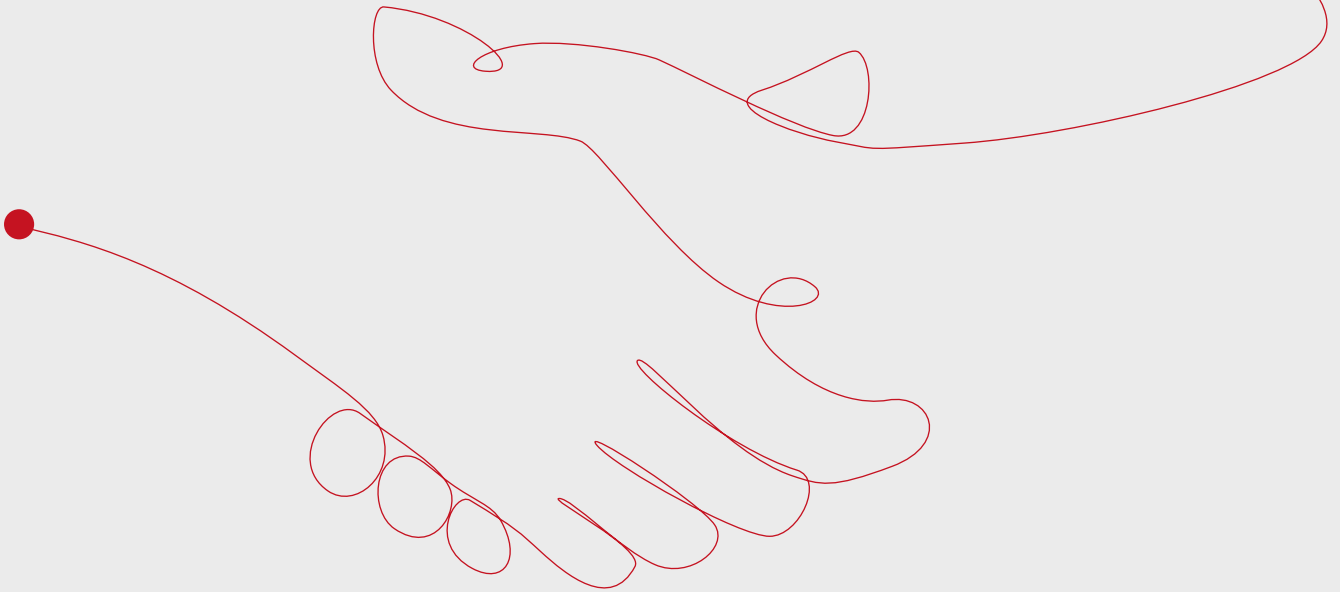




# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT





## 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

| <b>PERSÖNLICHE DATEN (FÜR DEN MITGLIEDERKONTAKT)</b>  |  |
|---|--|
| Anrede (Mann   Frau   Divers)   |  |
| Titel   |  |
| Vorname, Nachname   |  |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)   |  |
| Private Anschrift   |  |
| Telefon   |  |
| E-Mail  |  |
| Straße   Nr.  |  |
| PLZ   Ort   |  |
| Praxisanschrift   |  |
| Praxisname  |  |
| Straße   Nr.  |  |
| PLZ   Ort   |  |
| Telefon   |  |
| E-Mail  |  |
| Webseite  |  |
| Für die Korrespondenz mit dem FiL soll meine <input type="checkbox"/> private Anschrift <input type="checkbox"/> Praxisanschrift verwendet werden |  |
| <b>AUSBILDUNG &amp; QUALIFIKATION (NUR DIE ZUTREFFENDEN ZEILEN AUSFÜLLEN)</b>   |  |
| Hochschulabschlüsse (Grad;<br>Bitte Kopien beifügen)  |  |
| Promotion in dem Fach<br>(Bitte Kopien beifügen)  |  |
| Lerntherapeutische<br>Weiterbildung bei   |  |
| Abgeschlossene<br>Berufsausbildung als  |  |
| Sonstiger Abschluss als   |  |
| Mitgliedschaft in anderen<br>Verbänden (freiwillige Angabe)   |  |

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FiL

### ANGABEN ZUR BERUFLICHEN TÄTIGKEIT (NUR DIE ZUTREFFENDEN ZEILEN AUSFÜLLEN)

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

|  |  |
|--|--|
| Tätig in Praxis   Institut   |  |
| Tätig in Schule  |  |
| Tätig in Fort- und Weiterbildungseinrichtung   |  |
| Selbständig in eigener Praxis  |  |
| Auf Honorarbasis<br>(Therapie-Einheiten pro Woche)   |  |
| Angestellt in Teilzeit   |  |
| Nebenberuflich<br>(Bitte Hauptberuf angeben)   |  |
| In Ausbildung<br>(Bitte Ausbildungsstätte und Abschlusszeitraum angeben)                   |  |
| Vollzeitstudierende:r<br>(Bitte Institut   Uni   Hochschule und Abschlusszeitraum angeben) |  |
| Sonstiges  |  |

### EINTRAG IN DIE LERNTHERAPEUT:INNEN-SUCHE (NUR FÜR ZERTIFIZIERTE MITGLIEDER)

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

Für die Darstellung auf der FiL Webseite soll meine  
private Anschrift  
Praxisanschrift verwendet werden

|   |            |
|---|------------|
| Zusätzliche Berufsbezeichnung   |            |
| Schwerpunkte, z.B.:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• LRS, Dyskalkulie, AD(H)S</li> <li>• Kinder und Jugendliche</li> <li>• Erwachsene</li> <li>• Diagnostik</li> <li>• Fortbildung</li> <li>• Lerntherapie in der Schule</li> <li>• ...</li> </ul> |            |
| Barrierefreier Praxiszugang   | ja    nein |

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FiL

## 5. BEITRAG

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt **monatlich 20 Euro** und wird als Jahresgebühr von 240 Euro bis zum 01. März für das jeweilige Kalenderjahr eingezogen. Im ersten Mitgliedsjahr wird nur der anteilige Beitrag berechnet. Weitere Abweichungen sind in der [Beitragsordnung](#) geregelt.

## 6. KÜNDIGUNG

Eine ordentliche Kündigung der Mitgliedschaft ist bis zum 31. Oktober zum Jahresende möglich und muss in Textform in der Geschäftsstelle eingereicht werden.

## 7. 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.

## 8. 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.

## 9. 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 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.

---

Kontoinhaber:in

---

IBAN

---

BIC

---

Kreditinstitut

---

Ort | Datum | Unterschrift (handschriftlich)