

Antrag auf Mitgliedschaft im FiL

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.

Bitte schicken Sie den Antrag mit den erforderlichen Unterlagen an:
 Fachverband für integrative Lerntherapie e.V., Grunewaldstr. 57, 10825 Berlin
 oder sehr gern eingescannt per Mail an: info@lernfil.de
 (Bitte speichern Sie den Antrag vor dem Versenden auf Ihrem PC)

1. Persönliche Daten (für die Mitgliederverwaltung und den Schriftverkehr)

Name, Vorname: _____
 Titel _____
 Geburtsdatum _____

Privatanschrift:

Straße _____
 Ort, PLZ: _____
 Bundesland: _____
 Tel.: _____
 E-Mail: _____
 Homepage: _____

Praxisanschrift:

Praxis: _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Bundesland _____
 Tel.: _____
 E-Mail: _____
 Homepage: _____

Korrespondenzadresse für den FiL (Zeitschrift *Lernen und Lernstörungen*): privat Praxis
 Adresse zur Veröffentlichung auf der FiL-Website (Lerntherapeutensuche): privat Praxis

2. Eintrag ins Mitgliederverzeichnis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten wie oben genannt auf der FiL-Website veröffentlicht werden:

JA NEIN

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

Hochschul- bzw. Berufsabschlüsse (max. 4): _____

Schwerpunkte der Tätigkeit, z. B. LRS-Therapie, Dyskalkulietherapie, Konzentrationstraining, Lerntherapie in einer anderen Sprache, AD(HS), Legasthenie in der Fremdsprache usw. (max. 6): _____

3. Ausbildung und Qualifikation

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

- Hochschulabschlüsse _____ (Bitte Kopien beilegen)
 Promotion im Fach _____ (Bitte Kopie beilegen)
 ggf. lerntherapeutische Weiterbildung _____
 eine abgeschlossene Berufsausbildung _____
 Approbation als _____
 eine abgeschlossene Berufsausbildung _____

3.2 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)

4.1 Einrichtung

- Praxis/Institut/andere Einrichtung: _____
 Schule: _____
 Fort- und Weiterbildungseinrichtung: _____

4.2 Berufsstatus

selbstständig in eigener Praxis oder
auf Honorarbasis mit _____ Therapieeinheiten/Woche
angestellt in Vollzeit oder Teilzeit zu _____ %
nebenberuflich neben meiner Tätigkeit als _____
Lerntherapeut/in in der Ausbildung am/an der (Institut/Uni/Hochschule)

voraussichtlicher Abschluss (Monat, Jahr) _____
Vollzeitstudierende/r der Fach/-richtung _____
voraussichtlicher Studienabschluss (Monat, Jahr) _____
 Sonstiges _____

(z. B. Mutterschutz, Erziehungsurlaub, Ruhestand)

5. Beitrag

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich 17,00 € und wird als Jahresgebühr von 200,00€ bis zum 01.03. 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 einverstanden, dass der FiL meine Daten wie oben beschrieben verarbeitet und mir als Mitgliederservice regelmäßig Informationen in Form eines Newsletters 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

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)

IBAN _____

BIC _____

Bankinstitut _____

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

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 Tel. +49 (0)30 55 24 63 09