

Beitritts- erklärung

Hiermit erkläre ich
meinen Beitritt in die
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.
und in den
entsprechenden
Landesverband
der DGSP.



Beitragsstufen

Name/Vorname

Geburtsdatum E-Mail:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort (mit Postzustellamt)

Beitragsstufe I
Einkommensstufe netto monatlich: 0 – 700,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 45,- €

Beitragsstufe II
Einkommensstufe netto monatlich: 701 – 1.200,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 60,- €

Beitragsstufe III
Einkommensstufe netto monatlich: 1.201 – 1.700,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 80,- €

Beitragsstufe IV
Einkommensstufe netto monatlich: 1.701 – 2.000,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 100,- €

Beitragsstufe V
Einkommensstufe netto monatlich: 2.001 – 2.500,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 150,- €

Beitragsstufe VI
Einkommensstufe netto monatlich: 2.501 – 3.000,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 185,- €

Beitragsstufe VII
Einkommensstufe netto monatlich: über 3.001,- €
Mitgliedsbeitrag jährlich: 220,- €

Beitragsstufen Institutionen	West	Ost
I.1 bis 20 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 250,- €	<input type="checkbox"/> 225,- €
I.2 von 21–50 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 300,- €	<input type="checkbox"/> 275,- €
I.3 von 51–100 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 350,- €	<input type="checkbox"/> 325,- €
I.4 über 100 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 450,- €	<input type="checkbox"/> 425,- €

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Bundesland (für NRW bitte angeben ob Rheinland oder Westfalen)

Beruf

Arbeitsplatz

Telefon-Nr. dienstlich privat

Ich interessiere mich für die Mitarbeit im folgenden Bereich:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung an.
Ich bin damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten zu Vereinszwecken elektronisch gespeichert und
verarbeitet werden.

Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag zu Lasten meines

Kontos Nr. _____

bei der/dem (Sparkasse, Bank, Postgiroamt): _____ BLZ: _____

mittels Lastschrift einzuziehen.
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine
Verpflichtung zur Einlösung.

Datum Unterschrift