



## Antrag auf Außerordentliche Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die außerordentliche Mitgliedschaft im DAKBT e.V.:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Tätig als

### Folgende Nachweise füge ich bei:

1. Referenzen von zwei ordentlichen Mitgliedern des DAKBT e.V.
2. Selbsterfahrung mit KBT (5 Einzelstunden, 8 Gruppenstunden) bei 2 zertifizierten KBT-Therapeut:innen

### Mitgliedsbeitrag

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt laut Gebührenordnung des DAKBT e.V. regulär 210 € und wird im Lastschriftverfahren erhoben. Das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat ist diesem Antrag hinzuzufügen. Der Mitgliedsbeitrag wird erstmals mit der Bestätigung der außerordentlichen Mitgliedschaft durch die Geschäftsstelle des DAKBT e.V. fällig. In den Folgejahren wird er jeweils zum 1. April eingezogen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Antrag senden an: **DAKBT e.V., Wiesenstraße 20, 90574 Roßtal**

#### DAKBT e.V.

Wiesenstraße 20  
90574 Roßtal  
Telefon: 09127 9544904  
Fax: 09127 9544913  
E-Mail: [info@dakbt.de](mailto:info@dakbt.de)  
Web: [www.dakbt.de](http://www.dakbt.de)

#### Bankverbindung:

VR Bank Metropolregion Nürnberg eG  
IBAN: DE34 7606 9559 0002 7436 20  
BIC: GENODEF1NEA  
Amtsgericht Stuttgart – VR 350442  
*Spenden an den Verein sind abzugsfähig nach §10b EStG*

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte  
Bewegungstherapie (DAKBT) e.V.  
Wiesenstraße 20  
  
90574 Roßtal

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	DE59KBT00000855611	Mandatsreferenz	Beitrag (Ihr Nachname)
--	--------------------	-----------------	------------------------

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC <sup>1</sup>	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte  
Bewegungstherapie (DAKBT) e.V.  
Wiesenstraße 20  
  
90574 Roßtal

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	DE59KBT00000855611	Mandatsreferenz	Beitrag (Ihr Nachname)
--	--------------------	-----------------	------------------------

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC <sup>1</sup>	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.