

Anschrift für die Anmeldung:



Institut für Tätertherapie
und Rückfallprävention e. V. (IFTR)
Dr. Bernd Wischka
Am Strootbach 4
49809 Lingen

**Angaben zur Mitgliedschaft
im Institut zur Förderung von Tätertherapie und Rückfallprävention e.V. (IFTR)**

Ich beantrage die Aufnahme in das Institut zur Förderung von Tätertherapie und Rückfallprävention e.V. (IFTR)

Name: _____

Vorname: _____

Dienst-/ Amtsbezeichnung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail (persönliche oder dienstliche): _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Angaben in einem Mitgliederverzeichnis des Instituts zur Förderung von Tätertherapie und Rückfallprävention e.V. (IFTR) aufgeführt werden.

- Der von der Mitgliederversammlung des Institut zur Förderung von Tätertherapie und Rückfallprävention e.V. festgesetzte jährliche Mitgliederbeitrag in Höhe von 15,- € wird von mir jeweils ohne besondere Aufforderung bis zum 15.01. auf das Konto des Instituts überwiesen, das mir mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt wird.

Bitte tragen Sie die folgenden Angaben soweit ein, wie Sie damit einverstanden sind, dass diese in einer Mitgliederkartei zur Verfügung des Vorstandes geführt und im Übrigen nur für mitgliederstatistische Angaben ohne Namensnennung verwandt werden.

Derzeit ausgeübter Beruf: _____

Einrichtung / Institution / Behörde der Berufsausübung:

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Bearbeitungsvermerke des Vorstandes

Aufnahme: