



**Verband Deutscher
Kunsttherapeuten VDKT n. e. V.**
Fachgesellschaft für
Psychosoziale Kunsttherapie

c/o Freie Akademie – Zentrum für Gesundheitsbildung



Zentrum für Gesundheitsbildung

LEBEN · GESTALTEN · LERNEN

VDKT | Im Nordfeld 16 | D- 29336 Nienhagen

Freie Akademie – Zentrum für Gesundheitsbildung
Verband Deutscher Kunsttherapeuten n.e.V.
Im Nordfeld 16
29336 Nienhagen

Herzlich willkommen beim Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT. Wir sind eine berufsständische Vereinigung, welche die Interessen der Kunsttherapeuten die beratend tätig sind ebenso vertritt, wie die jener Mitglieder die über eine eingeschränkte oder volle Heilpraktikerzulassung verfügen oder eine Berufszulassung nach dem Psychotherapeutengesetz besitzen und als Klinische Kunsttherapeuten tätig sind. Unser Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 80 EUR, einheitlich für alle ordentlichen Mitglieder. Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung, Künstler, u.a. zahlen als außerordentliche Mitglieder einen ermäßigten Jahresbeitrag von 60 EUR.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im
Verband Deutscher Kunsttherapeuten VDKT als:

- ordentliches Mitglied (Zertifizierung durch den VDKT)
- Ausserordentliches Mitglied (z. B. Kunsttherapeut/in Student/in, Institut, u.a.)
- Ausserordentliches Mitglied (ohne Zertifizierung durch den VDKT)

Name u. Adresse: _____

Telefon / Fax u. Email: _____

Die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge¹⁾ bezahle ich jährlich im voraus (im Dezember)

- per Dauerauftrag
- durch Lastschrift zu Lasten meines Girokontos bei der

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Kto. Nr.: _____ Blz: _____

Straße: _____

Ort: _____

Datum: _____

*Bei Nichtdeckung des Kontos besteht seitens des
kontoführenden Instituts keine Verpflichtung
zur Einlösung.*

Unterschrift des Antragstellers:

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Angaben bei:

Wichtig: Sämtliche Angaben bitte sehr sorgfältig! Nur in **Druckschrift - GROSSBUCHSTABEN** schreiben

Titel/Anrede:

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **Nr.:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Geboren am: _____ **Ort:** _____

Tel. Nr.: _____ **Mobil:** _____

Fax: _____ **Email:** _____

Zertifizierung / Graduierung durch: _____

Grundberuf: _____

Derzeit ausgeübte Beschäftigung: _____

Arbeitgeber: _____

Lehraufträge: _____

Methodenschwerpunkte: _____

Veröffentlichungen/Ausstellungen: _____

Weitere Verbandsmitgliedschaften: _____

Approbation _____

Ort , Datum

HP Zulassung _____

Ort , Datum

Ausbildungsnachweise/Zeugnisse/Curricula (in Kopie beifügen):

1
2
3
4

Hiermit berechti­ge ich den VD­KT zur Veröf­fentli­chung mei­ner per­sonli­chen An­ga­ben in der Li­ste der prak­ti­zie­ren­den und leh­ren­den The­ra­peu­ten.

Für die Rich­ti­g­keit der An­ga­ben: _____

Ort, Datum und Un­ter­sch­rift der/des An­trag­stel­ler/In