



Geschäftsstelle

European Centre for Clinical Social Work e.V.
c/o Uwe Klein ■ Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Hohensteig 1 ■ 12526 Berlin ■ Deutschland
Tel. +49(0)30 60500856 ■ Fax +49(0)30 60500857 ■ info@eccsw.eu ■ www.eccsw.eu

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die

- ordentliche Mitgliedschaft außerordentliche Mitgliedschaft
 fördernde Mitgliedschaft korporative Mitgliedschaft

im European Centre For Clinical Social Work – ECCSW e.V.

Die gemäß § 4, Abs. 3 oder 4 der Satzung notwendigen Nachweise für die ordentliche bzw. außerordentliche Mitgliedschaft füge ich / fügen wir diesem Antrag bei.

Kontaktdaten

Name / Vorname _____
Geburtsdatum _____
Qualifikationen _____
Position / Funktion _____

Private Adresse

Strasse / Nr. _____
PLZ Ort _____
Staat _____
Tel. / Fax _____
E-Mail / Homepage _____

Korrespondenzadresse

Geschäftliche Adresse

Institution _____
Strasse / Nr. _____
PLZ Ort _____
Staat _____
Tel. / Fax _____
E-Mail / Homepage _____

Korrespondenzadresse

Ort / Datum

Unterschrift

Vorstand ECCSW

| | | |
|---------------------------|------------------------|---------------------|
| Dipl. Soz. päd. Uwe Klein | (1. Vorsitzender) | klein@eccsw.eu |
| Prof. Dr. Heinz Wilfing | (stellv. Vorsitzender) | wilfing@eccsw.eu |
| Dr. Gernot Hahn | (stellv. Vorsitzender) | hahn@eccsw.eu |
| Dr. Matthias Hüttemann | (Schatzmeister) | huettemann@eccsw.eu |

Bankverbindung

Pax-Bank eG Konto Nr. 6005601019 BLZ 37060193



Geschäftsstelle

European Centre for Clinical Social Work e.V.
c/o Uwe Klein ■ Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Hohensteig 1 ■ 12526 Berlin ■ Deutschland
Tel. +49(0)30 60500856 ■ Fax +49(0)30 60500857 ■ info@eccsw.eu ■ www.eccsw.eu

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich gestatte dem European Centre For Clinical Social Work – ECCSW die Mitgliedsbeiträge in Höhe von (bitte ankreuzen)

- EUR 240,00 (Korporative Mitglieder)
- EUR 120,00 (HochschullehrerInnen, Leitungspositionen)
- EUR 60,00 (Mittlere Einkommen, e.g. übliche SozialarbeiterInnendotierung)
- EUR 30,00 (StudentInnen)

zum jeweiligen Fälligkeitsdatum von meinem Konto abzubuchen. Diese Erlaubnis erlischt mit meinem schriftlichen Widerruf.

Die Abbuchung soll von dem Konto

Name des Inhabers _____
Bank _____
BLZ _____
Kto-Nr. _____
IBAN _____
BIC _____
erfolgen.

Ort / Datum

Unterschrift

Vorstand ECCSW

| | | |
|---------------------------|------------------------|---------------------|
| Dipl. Soz. päd. Uwe Klein | (1. Vorsitzender) | klein@eccsw.eu |
| Prof. Dr. Heinz Wilfing | (stellv. Vorsitzender) | wilfing@eccsw.eu |
| Dr. Gernot Hahn | (stellv. Vorsitzender) | hahn@eccsw.eu |
| Dr. Matthias Hüttemann | (Schatzmeister) | huettemann@eccsw.eu |

Bankverbindung

Pax-Bank eG Konto Nr. 6005601019 BLZ 37060193