

**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM BAB****ANTRAG** Hiermit beantrage(n) ich/wir:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

die ordentliche\* / außerordentliche Mitgliedschaft im Berliner Arbeitskreis für Beziehungsanalyse e.V. (\* Qualifikationsnachweise entsprechend der Satzung wird beigefügt). **Der Mitgliedsbeitrag beträgt 30 Euro im Jahr.**

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

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_

**ERMÄCHTIGUNG** zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften für den Zahlungsempfänger:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtende Zahlung von 30 Euro bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

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

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_

**Bankverbindung**HypoVereinsbank  
BLZ 10020890  
Kto-Nr. 601838508**www.agba-ev.de**Anerkanntes Institut in  
der Arbeitsgemeinschaft  
Beziehungsanalyse e.V.**www.bvppf.de**Anerkanntes Institut im  
Bundesverband Psycho-  
analytische Paar- und  
Familientherapie**Kassenwart**W. Meinhold  
Paul-Junius-Str. 62  
10369 Berlin  
Tel. 030/9725356  
Fax 030/97106843**Geschäftsstelle**c/o Dr. U. Benz  
Baldersheimer Weg 26  
12349 Berlin  
Tel. 030/74375152  
Fax 030/7433769