



Dachverband der transkulturellen  
Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik  
im deutschsprachigen Raum e.V.  
Postfach 26 22 • D-59016 Hamm •  
www.dtppp.com • info@dtppp.com

# Ich möchte **Mitglied** werden!

## **Beitrittserklärung** zum **D.T.P.P.P.** e.V.:

Name, Vorname:.....

Beruf/Titel:.....

Institution:.....

Geb.datum:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Nation:.....

Telefon:.....

Email:.....

## **Mitgliedsbeitrag** (jährlich):

- Jahresbeitrag: 50 €
- ermäßigter Beitrag für Studierende: 20 €
- InhaberInnen von Teilzeitstellen und Pflegekräfte: 30 €
- Institutionen: 80 €
- Fördermitgliedschaft: 80 €

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Wurden Sie von einem DTPPP-Mitglied geworben? Von wem?

**Mitgliedschaft** bringt **Wissen**