

# Anmeldung

Tel./Fax. 05451-15461



„doppelpunkt“

Fortbildungsinstitut für Sprachheilpädagogik  
der dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe e.V.

c/o Birgit Westenhoff

Poststraße 61

**49477 Ibbenbüren**

Vorname/Name:		Berufsgruppe:
Straße:		PLZ/Ort:
Tel.:	Fax.:	E-Mail:
<input type="checkbox"/> Mitglied der dgs-Landesgruppe:		Mitgliedsnummer:
<input type="checkbox"/> ich bin Studierende(r) / LAA (Beleg ist beigelegt)		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der dgs besteht nicht
Tätigkeitsbereich:		<input type="checkbox"/> dgs-Aufnahmeantrag ist beigelegt
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> sozialpäd. Zentrum <input type="checkbox"/> heilp./inklusive Kindergarten <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Regelschule/GL		

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme an folgender/folgenden Veranstaltung(en) an:  
(gewünschte Veranstaltung(en) bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	NFIT® - Neurofunktionstherapie - Zertifikatskurs
<input type="checkbox"/>	Wortschatzsammler - lexikal. Strategietherapie Basiskurs Fokus Vorschulalter
<input type="checkbox"/>	TAKTKIN® - Ausbildungskurs Kinder
<input type="checkbox"/>	Wortschatzsammler - lexikal. Strategietherapie Aufbaukurs Fokus Grundschulalter
<input type="checkbox"/>	Sprachheilpädagogischer Tag <input type="checkbox"/> Mitgliederversammlung dgs WL <input type="checkbox"/> Vortrag
<input type="checkbox"/>	„Wer weiß was?“ Lernstrategietraining (FWLT)
<input type="checkbox"/>	TOLGS - VED Therapie [...]
<input type="checkbox"/>	„Was hast du gesagt?“ Monitoring Sprachverstehen bei jungen Kindern
<input type="checkbox"/>	Praxisorientierte Sprachanbahnung bei geistiger Behinderung oder SEV
<input type="checkbox"/>	Spannungsfeld ‚Beratung‘ [...] Konzepte im Förderschwerpunkt Sprache
<input type="checkbox"/>	Das Konzept Schlawffhorst-Andersen in der Stimmtherapie
<input type="checkbox"/>	Wirksame Unterstützungsmöglichkeiten beim Lesen- und Schreibenlernen [...]
<input type="checkbox"/>	„Am Anfang steht das Happy End“ Frühe Erzählen, erste Diskurse
<input type="checkbox"/>	Diagnostik und Therapie der Sprechapraxie

Mit der Weitergabe meiner Adresse/Telefonnummer an weitere TeilnehmerInnen der von mir gebuchten Veranstaltung(en) im Rahmen einer Teilnehmerliste bin ich einverstanden. Bitte senden Sie mir nach Ablauf der jeweiligen Anmeldefrist eine solche Liste zu.

**Von den Informationen unter der Rubrik ‚Organisatorisches‘, insbesondere den Rücktritts- und Haftungsbedingungen habe ich Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten ausschließlich zu Zwecken der Veranstaltungsorganisation elektronisch gespeichert werden.**

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift

# Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Bundesgeschäftsstelle • Goldammerstraße 34 • 12351 Berlin • [www.dgs-ev.de](http://www.dgs-ev.de)



Wird von der Bundesgeschäftsstelle ausgefüllt.

## Aufnahmeantrag

Bitte ausdrucken, in Druckschrift vollständig ausfüllen,  
und an die aufnehmende Landesgruppe (Adresse ggf. online)  
oder die Bundesgeschäftsstelle per Post schicken.

Landesgruppe: \_\_\_\_\_  
Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) ab 1. Januar\*\* \_\_\_\_\_ als

- Normales Mitglied (voller Beitrag)
- Ermäßigtes Mitglied (Stud/LAA bzw. ReferendarIn) Ermäßigungsnachweis beilegen und jährlich erneuern

Die entsprechenden Beitragshöhen differieren je Landesgruppe. Details hierzu erfahren Sie ggf. auf der Homepage Ihrer Landesgruppe oder im Begrüßungsschreiben Ihrer Landesgruppe.

\*\*Die Satzung der dgs sieht nur die Jahresmitgliedschaft vor. Wird der Antrag auf Mitgliedschaft im Laufe des Jahres gestellt, kann der Bezug der Fachzeitschrift „Praxis Sprache“ nur der Antragsstellung folgenden Ausgaben, nicht jedoch rückwirkend für schon ausgelieferte Ausgaben des lfd. Jahres, gewährleistet werden. Nach Eintritt im lfd. Jahr bereits erschienene Ausgaben werden nach Verfügbarkeit durch die aufnehmende Landesgruppe nachgesandt.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Geb. Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung (Bitte keine Abkürzungen) \_\_\_\_\_

Fachausbildung\* von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (\* für ermäß. Mitglied nötig)

Name der Ausbildungsstätte\* \_\_\_\_\_

Anschrift  privat  dienstlich

Straße Nr \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Email (wichtig für Onlinezugang Download-Materialien) \_\_\_\_\_

Ihre Daten werden nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes behandelt.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die dgs e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der dgs e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die dgs e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart in geeigneter Weise unterrichten und mir die Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenz-Nr mitteilen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber, falls abweichend

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift