

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:		Ausbildungsstätte:
Straße:		PLZ/Ort:
Tel.:	Fax.	E-Mail:
<input type="checkbox"/> Mitglied der dgs-Landesgruppe:		Mitgliedsnummer:
<input type="checkbox"/> ich bin Studierende(r) - Kopie Studentenausweis ist beigelegt		<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der dgs besteht nicht
<input type="checkbox"/> ich bin LAA - Kopie der Bestätigung als LAA ist beigelegt		<input type="checkbox"/> dgs-Aufnahmeantrag ist beigelegt

Wenn möglich möchte ich bei folgender/folgenden Veranstaltung(en) einen Restplatz belegen
(gewünschte Veranstaltung(en) bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Praxis der SEV-Therapie - basierend auf der Sensorischen Integration
<input type="checkbox"/>	Praxisseminar zur Therapie grammatischer Störungen - Therapieableitung und Fallbeispiele
<input type="checkbox"/>	Lautsprachunterstützende Gebärden in der Kommunikationsförderung [...]
<input type="checkbox"/>	DortMuT- Dortmunder Mutismustherapie für Kinder und Jugendliche
<input type="checkbox"/>	Gemeinsam in der Therapiestunde? Ideen zur effektiven Arbeit mit Eltern in der Therapie
<input type="checkbox"/>	Sprachsensibler Mathematikunterricht [...]
<input type="checkbox"/>	Du Frau, du mir nix anschaffen! [...] Vom Missverständnis zum miteinander-Handeln
<input type="checkbox"/>	Die Verbale Entwicklungsdyspraxie und KoArt®
<input type="checkbox"/>	Der Modifikationsansatz in der Behandlung stotternder Vorschulkinder
<input type="checkbox"/>	Trachealkanülenmanagement aus therapeutischer Sicht
<input type="checkbox"/>	Textoptimierung - Einfache Sprache als Nachteilsausgleich im inklusiven Unterricht
<input type="checkbox"/>	Therapie pragmatischer Störungen bei Kindern
<input type="checkbox"/>	Komm!ASS® - Kommunikations- und Sprachanbahnung bei Autismusspektrumstörungen

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.

Mir ist bekannt, dass mit dieser Anmeldung noch keine verbindliche Teilnahme an der/den gewünschten Veranstaltung(en) verbunden ist und die endgültige Platzvergabe erst zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn erfolgt. Sollte sich für mich eine Teilnahmeöglichkeit ergeben, so werde ich die fällige Teilnahmegebühr innerhalb von 8 Tagen nach Erhalt meiner Rechnung auf das Konto von „doppelpunkt“ überweisen. Eine Stornierung ist danach nur nach den mir bekannten, allgemeinen Rücktrittbedingungen des Institutes möglich.

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



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