

Um Mitglied des Verbandes zu werden, drucken Sie bitte diese Seiten aus, unterschreiben den ausgefüllten Aufnahmeantrag und ggf. die ausgefüllte Einverständniserklärung, fügen die Anlagen bei und senden alles

An die **Association Pädagogische Supervision**  
**Hamburger Landstraße 36, 24113 Molfsee**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- **Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Association Pädagogische Supervision, Landesverband S-H e.V. als Vollmitglied (Jahresbeitrag z. Zt. 46,50€)**

Ich bin  ausgebildete Supervisorin/ ausgebildeter Supervisor  
 ausgebildete/ausgebildeter Coach

Eine Kopie meines Zeugnisses /meines Zertifikats sowie die Aufstellung der absolvierten Stunden und ihrer Inhalte füge ich bei.

- **Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Association Pädagogische Supervision Landesverband S-H e.V. als außerordentliches Mitglied (Jahresbeitrag z. Zt. 23,25€)**

Ich befinde mich noch in der Ausbildung als  Supervisorin/ Supervisor  
 Coach

Ich schließe die Ausbildung voraussichtlich bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ ab.

Eine Kopie meines Ausbildungsvertrages sowie die Aufstellung der zu absolvierenden Stunden und ihrer Inhalte füge ich bei.

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

Hiermit ermächtige ich den Verband Association Pädagogische Supervision (APS), Landesverband S-H e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden APS- Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

**Unser Zahlungsverkehr wurde ab 01.02.2014 auf das europaweit einheitliche SEPA- Basis- Lastschriftverfahren umgestellt. Die Gläubiger- Identifikationsnummer der APS lautet: DE19ZZZ00000721501.**

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten (*zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen*) an die anderen Mitglieder der Association Pädagogische Supervision, Landesverband S-H, e.V. weitergegeben werden (einmal pro Geschäftsjahr verschickt der Vorstand des Landesverbandes S-H eine Liste der Mitglieder per Mail an alle Mitglieder, die auf der Liste erscheinen wollen)

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Wirkungskreis (Region) \_\_\_\_\_

Schwerpunkte in der Supervisions-/Coachingarbeit  
(z.B. Einzel-, Gruppen-, Team-Supervision/-Coaching/-Beratung, Mediation oder auch spezifische Methoden.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bitte darum, dass folgende Daten auf der Webseite des Landesverbandes S-H unter der Rubrik „Angebote Supervision/Coaching“ veröffentlicht werden

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Wirkungskreis \_\_\_\_\_

Ich bin zertifiziert als Supervisor\*in  und/oder Coach   
und lege die entsprechenden Zertifikate dem Verband vor.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift