**Beitrittserklärung**

Name Partner\*in

Vorname Partner\*in

Adresse PLZ / Ort

Telefon Privat Mobile

E-Mail

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Partner\*in (TT.MM.JJJJ)

Beitritt als: Ich bin:

🞏 **Einzelmitglied CHF 60.00 pro Jahr** 🞏 selbstbetroffen von Angst / Panik

🞏 Angehörige\*r einer betroffenen Person

🞏 **Familienmitglied** **CHF 100.00 pro Jahr** 🞏 Fachperson

Familie / Paar an derselben Adresse 🞏 einfach so am Verein interessiert

Name Familienvorstand \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Vertreter einer Firma / Organisation

🞏 **Fachmitglied**  **CHF 100.00 pro Jahr**

Arzt / Ärztin, Therapeut\*in, andere Fachpersonen

🞏 **Kollektivmitglied CHF 140.00 pro Jahr**

Firma, Organisation, Vereinigung

🞏 Ich wünsche eine Therapievermittlung

Preis für Mitglieder **CHF 25.00 pro Vermittlung**

Preis für Nichtmitglieder **CHF 45.00 pro Vermittlung**

Ich interessiere mich für folgende Informationsflyer:

🞏 Angst und Depressionen 🞏 Panikstörung 🞏 Soziale Phobie 🞏 Spezifische Phobie 🞏 Generalisierte Angststörung 🞏 Zwangsstörung 🞏 Posttraumatische Belastungsstörung 🞏 Psychische Störungen Jugendliche

🞏 Ich habe die Statuten gelesen und stimme ihnen zu

**Wenn immer möglich verschickt die aphs die Unterlagen per E-Mail**