

## Aufnahmeantrag Einzelperson

**Aktionsbündnis Teilhabeforschung e.V.**

**www.teilhabe-forschung.org**

**E-Mail: aktionsbueundnis@teilhabeforschung.org**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeitrag:

- reduzierter Beitrag für Studierende und Einzelpersonen in wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen (Selbsteinschätzung): 10€
- andere natürliche Personen: 50€

Ich möchte mich an folgenden **Arbeitsgruppen** beteiligen:

- Begriffe und Theorien
- Expert\*innen in eigener Sache
- Internationalisierung
- Partizipative Forschung und Forschungsmethoden
- Teilhabe am Arbeitsleben
- Sozialraumorientiertes Wohnen
- komplexe Behinderungen
- Digitalisierung

### Einverständniserklärung:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliedschaft als Person im Aktionsbündnis Teilhabeforschung e.V. veröffentlicht wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten den Mitgliedern des Aktionsbündnisses Teilhabeforschung e.V. zur zweckmäßigen Nutzung zur Verfügung gestellt werden.

Ich möchte als Person Mitglied im Aktionsbündnis Teilhabeforschung e . V . werden und erkläre mich mit der Satzung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift