

Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Land: _____ Geb. Datum: _____

Tel: _____ Email: _____

- | | | |
|---|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied gem. §6.1 d. Satzung | <input type="checkbox"/> Standardbeitrag | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft gem. §6.2 d. Satzung | <input type="checkbox"/> Mindestbeitrag | 24,00 € |
| | <input type="checkbox"/> anderer Beitrag | _____ |

Ausbildung / Berufsstatus

seit: (Datum)

- | | | |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> In Ausbildung „Psychobionik Basic“ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Geprüfte/r Innenweltbegleiter/in: *) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> In Berufsausbildung zum/zur: | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Berufsabschluss *) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Weitere Qualifizierung/en *) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HP(P)-Schein*) | _____ | _____ |

*) Bitte Kopie der Urkunde beifügen

Datum / Ort / Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000236782
 Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt (entspr. Ihrer zukünftige Mitgliedsnummer))

Ich ermächtige den BV-Psychobionik e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem BV-Psychobionik e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

!! Nur ausfüllen wenn Kontoinhaber nicht mit o.a. Adressdaten identisch ist !!:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Kreditinstitut (Name/BIC): _____

IBAN: _____

Datum / Ort / Unterschrift _____