



Anmeldeformular – Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder sorgfältig aus, damit Ihre Anmeldung schnellst möglich bearbeitet werden kann. Für eventuelle Rückfragen steht Ihnen das Team von heilerverband.eu unter info@heilerverband.eu gern zur Verfügung.

Persönliche Daten:		Kontaktdaten:	
Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Straße, Haus-Nr.:	
Vorname:		PLZ, Ort:	
Nachname:		Staat:	
Geburtsdatum:		Tel. (Home):	
Geburtsort:		Tel. (Mobil):	
Nationalität:		Email:	

Mitgliedschaft:	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte ordentliches Mitglied werden <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte Förder-Mitglied werden	Jahres-Mitgliedsbeitrag:	97,00 Euro
Zahlungsvereinbarung:	<input type="checkbox"/> Ich zahle den Jahresbeitrag komplett im Voraus <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine quartalsweise Zahlung <input type="checkbox"/> Ich erteile dem Verband eine Einzugsermächtigung	Es wird eine Anmeldegebühr in Höhe von 25 Euro berechnet aber nicht extra erhoben. Sie ist im Beitrag des ersten Jahres bereits enthalten.	

Die Höhe Ihres Anmelde- und Mitgliedsbeitrags im ersten Jahr hängt vom Zeitpunkt Ihrer Anmeldung ab. Euro 97,00 für Anmeldungen bis 31. März, Euro 75,00 für Anmeldungen bis zum 30. Juni, Euro 50,00 bis zum 30. Sep. und Euro 30,00 für Anmeldungen im vierten und letzten Quartal.
Zahlungsziel: Bitte zahlen Sie den Mitgliedsbeitrag auf das unten angegebene Konto ein. Der Mitgliedsbeitrag ist mit Datum der Anmeldung fällig und sollte dann innerhalb von 14 Tagen eingezahlt werden. Wenn eine quartalsweise Zahlung gewünscht ist und Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen, bleibt die Höhe des Mitgliedsbeitrags gleich. Ohne Einzugsermächtigung erhöht sich der Beitrag um 8,00 Euro/Jahr.
Rücktritt: Mit Datum der Anmeldung haben Sie die Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen vom Vertrag zurück zu treten, bereits eingezahlte Gebühren werden innerhalb dieser Zeit, mit Ausnahme der Anmeldegebühr, erstattet.
Datenschutz: Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit der Weitergabe meiner Daten im Rahmen aller Angelegenheiten, die mit dem Anmeldeverfahren zum Kurs und zum Lehrgang in Zusammenhang stehen. Es werden keine Daten an fremde Dritte weitergegeben.
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, dass mir die Satzung sowie meine Rechte und Pflichten als Verbandsmitglied bekannt sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Bewerber)

Anschrift und Kontaktdaten:
Verband der Therapeuten für geistiges Heilen e.V.
Lemkenweg 24 | 32051 Herford
Tel.: +49.0172.9077117
info@heilerverband.eu | www.heilerverband.eu

Bankverbindung:
Bitte überweisen Sie die Kursgebühren an folgendes Konto:
Kontoinhaber: Verband der Therapeuten für geistiges Heilen e.V.
Bankinstitut: Fidor Bank
IBAN: DE89700222000020082879 | BIC: FDDODEMMXXX

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DExxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Hiermit erteile ich Einzugsermächtigung per Lastschrift für mein Konto:

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
Name Kreditinstitut

.....
Straße und Hausnummer

.....
IBAN

.....
Postleitzahl und Ort

.....
BIC

Ich ermächtige den Verband der Therapeuten für geistiges Heilen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband 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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Kontoinhaber)