Verein zur Förderung der Clustermedizin e.V.
- Netzwerk für ganzheitliche Gesundheit -
Faber-Castell-Sr.7 – 90602 Pyrbaum - Fax: 05254/952332
Mail: info@clusterverein.de

Antrag auf Mitgliedschaft im Verein zur Förderung der Clustermedizin e.V.

Name_____Vorname_____

Anschrift_____

Geb. am._____Beruf_____

Mail_____

Tel.- Nr. _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein als

☐ ordentliches Mitglied (Therapeut) Jahresbeitrag 72,- €

☐ Fördermitglied Jahresbeitrag 48,- €.

Bei Eintritt im laufenden Jahr wird ein entsprechend anteiliger Beitrag fällig

(z. Bsp. ab Oktober 2018: 3x 6,- € = 18,- € für Therapeuten und 3x4.- €= 12,- € für Fördermitglieder). Der Jahresbeitrag ist jeweils bis zum 15. Januar zu überweisen bzw. wird zu diesem Datum per Lastschrift eingezogen

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Bank _____abgebucht wird.

Die Bankverbindung des Vereins ist

Kontoinhaber Verein zur Förderung der Clustermedizin e.V.

IBAN DE69 7606 9559 0001 6524 19

BIC GENODEF1NEA

Bank VR Bank Metropolregion Nürnberg eG

Ort, Datum Unterschrift

Auf Grund rechtlicher Vorschriften muss der Antrag mit eigenhändiger Unterschrift per Post oder Fax bei uns eingereicht werden.