Deutsche Akademie
für Chelat-Therapie e.V.

.....

Passbild

. . . . . .

Deutsche Akademie für Chelat Therapie e. V.
- Geschäftsstelle -
D 63303 Dreieich, Frankfurter Str. 45

Bankverbindung: Postbank Frankfurt IBAN: DE 07 5001 0060 0479 9026 08 BIC: PBNKDEFFXXX
Steuer Nummer 10050 / 51601

Antrag auf Mitgliedschaft / Membership Application

O Dr. med. O Arzt/Ärztin O HP

Name, Vorname /Name_____

Geburtstag/ Date of birth _____

Nationalität / Nationalty_____

Praxis Adresse / Office address_____

_____

Telefon Praxis / Office_____Fax_____

E-Mail_____www._____

Ausbildung / Education

Schulen / Schools / Highschool
Heilpraktikerschule / Universität / Medical School/

_____

Abschlussjahr / Berufsbezeichnung /
Degree and Year Graduated_____

Andere Ausbildungen / Berufe
Abschlussjahr und Datum der
Berufserlaubnis / Jahr_____Berufsbezeichnung(en)_____

_____

Other Graduate School(s) _____

Degree and Year Graduated / Titel_____

Rückseite→

Einverständniserklärung / Agreement:

Hiermit bewerbe ich mich um die Mitgliedschaft in der Deutschen Akademie für Chelat-Therapie e.V. und erkläre mich mit den satzungsbedingten Regelungen einverstanden.

Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende (siehe www.chelat.biz/satzung, §4 Mitglieder), d.h. bis zum 30.09. eines jeden Jahres.

Ich habe niemals Abmahnungen erhalten. Es läuft kein Ermittlungsverfahren gegen mich wegen schwerer Delikte.

I hereby apply for membership in the Deutsche Akademie für Chelat-Therapie e.V. and agree to abide by its law and objectives (www.chelat.biz/satzung, §4 Mitglieder). I have no charges pending from any medical licensing board and am not under investigation for unethical or incompetent practices by any professional, hospital or state organisation.

Ort / Datum (Place / Date)_____

Unterschrift (Signature)_____

Der Jahresbeitrag beträgt für ordentliche und außerordentliche Mitglieder pro Jahr 125.--€ und wird im April eines jeden Jahres per SEPA-Lastschrift abgebucht.

Deutsche Akademie
für Chelat-Therapie e.V.

DACT e.V.- Geschäftsstelle
Frankfurter Str. 45
63303 Dreieich.
Tel: 06103-8700831
Fax: 06103-311430

e-mail: office@chelat.biz
internet: www.chelat.biz

Geschäftsstelle DACT e.V., Frankfurter Str. 45, 63303 Dreieich

Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag durch SEPA-Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen für die Mitgliedschaft in der DACT e.V. bei Fälligkeit des Jahresmitgliedsbeitrages von 125,00 € zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils im April eines jeden Jahres eingezogen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

SEPA Lastschriftmandat Mitgliedsbeitrag DACT e.V.

Gläubigeridentifikationsnummer des Zahlungsempfängers (DACT e.V.) DE21ZZZ00000199314

Name des Kontoinhabers:_____

_____

Kreditinstitut des Zahlers:_____

BIC des Zahlers: _____

IBAN des Zahlers : _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bankverbindung: Postbank Frankfurt
IBAN: DE 07 5001 0060 0479 9026 08 BIC: PBNKDEFFXXX

Deutsche Akademie
für Chelat-Therapie e.V.

DACT e.V. Geschäftsstelle
Frankfurter Str. 45
63303 Dreieich.
Tel: 06103-8700831
Fax: 06103-311430
e-mail: office@chelat.biz
internet: www.chelat.biz

Geschäftsstelle DACT e.V. Frankfurter Str. 45, 63303 Dreieich

Datum:_____

Bitte um Rücksendung der Einverständniserklärung aus datenrechtlichen Gründen.

Hiermit bin ich mit der Veröffentlichung meiner Daten auf der Webseite der Deutschen Akademie für Chelat – Therapie einverstanden.

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____

Ort: _____

E – Mail _____

Tel.: _____

Fax: _____

Website: _____

Ich bin ebenfalls mit der Veröffentlichung meines Fotos einverstanden.

Ja_____ nein_____

Unterschrift: _____