



BEITRITTSERKLÄRUNG

Feministischer Verein zur Förderung von Frauen*gesundheit
und ganzheitlicher Naturheilkunde Lachesis e.V.

Geschäftsstelle: Lachesis e.V., Luisenstr. 24, 14542 Werder (Havel), Tel. 03327-668480
post@lachesis-frauengesundheit.de, www.lachesis-frauengesundheit.de

Name _____ Vorname _____

Bei Institutionen Name und Geschäftsadresse: _____

Straße _____ PLZ _____ Ort: _____

Bundesland _____ Telefon/Fax _____

Email _____ Homepage www _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Ich erkläre meinen Beitritt ab: Monat: _____ Jahr: _____

Beitragsätze in Euro	jährlich	72,00 €
Institutionen nach Mitfrauenzahl		

Bei gleichzeitiger Mitfrauenschaft in dem verbundenen Berufsverband für Heilpraktikerinnen LACHESIS ermäßigt sich der Jahresbeitrag um 36,00 €.

_____ Ich bin seit _____ (Eintrittsdatum) Mitfrau im Berufsverband für Heilpraktikerinnen

_____ Ich habe am _____ einen Aufnahmeantrag im Berufsverband gestellt.

Ich wünsche den Bankeinzug im SEPA Lastschriftverfahren:

Konto Inhaberin: _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC _____

Die Beitragszahlung gilt ab Eintrittsmonat und wird bis zum Ende des Kalenderjahres berechnet. Die Mitfrauenschaft beträgt mindestens 12 Monate und kann frühestens zum Jahresende des folgenden Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung muss schriftlich zum Ende des Kalenderjahres (31.12.) unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist (bis 30.9.) erfolgen.

Datenschutz:

LACHESIS e.V. erhebt mit dem Beitritt oben aufgeführte Daten seiner Mitfrauen:

Diese Daten werden im Rahmen der Mitfrauenschaft verarbeitet und gespeichert.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen und stimme ihr zu.

Datum: _____

Unterschrift _____