



An die
Internationale PäPKi® Gesellschaft e.V.
Frau Dr. W. Bein-Wierzbinski
Schanzengrund 42
D-21149 Hamburg



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja, ich möchte Mitglied in der Internationalen PäPKi® Gesellschaft e.V. werden!

Die Satzung des o. g. Vereins habe ich gelesen und akzeptiere deren Inhalt. Nach Erhalt der Beitragsrechnung werde ich den Mitgliedsbeitrag auf das Konto der Internationalen PäPKi® Gesellschaft e.V. überweisen. Bei Vorliegen der Sepa-Einzugsermächtigung (s. Seite 2) wird der Mitgliedsbeitrag eingezogen.

Name, Titel

Vorname

Straße

Wohnort

Land

Telefon, mobiles Telefon

E-Mail

Homepage

Zusatz, Praxis

Absolvierte Berufsausbildungen

Ort und Abschlussjahr der PäPKi®-Ausbildung

Haben Sie eigene Artikel/Projekte veröffentlicht?
(Bei Wunsch auf Verlinkung bitte Link/PDF zur Verfügung stellen)

Sind Sie Mitglied in einem Arbeitskreis, anderem therapeutischen Berufsverband/-Verein. Wenn ja, welcher?

Was erwarten Sie von der Internationalen PäPKi® Gesellschaft e.V.?

Ordentliches Mitglied: 110,00 €
(mit Eintrag in Landkarte/Liste)

Fördermitglied (ohne Stimmberechtigung): 55,00 €
(ohne Eintrag in Landkarte/Liste)

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Zustellung der Beitragsrechnung, die Zustellung weiterer Schriftstücke sowie Infos und News über die Internationale PäPKi® Gesellschaft e.V. per E-Mail. Die o. g. Adresse ist aktuell.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu meiner Person gespeichert werden und auf der Internetseite der Internationalen PäPKi® Gesellschaft e.V. durch Eintragung in die Therapeutenliste und in die Landkarte veröffentlicht werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich verpflichte mich, Änderungen bzgl. Telefon, Mail, Adresse, etc. umgehend zu melden.

Ort, Datum

X

Unterschrift



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

(SEPA DIRECT DEBIT MANDATE) FÜR SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTVERFAHREN/SEPA CORE DIRECT DEBIT SCHEME

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

An die
Internationale PÄPKi® Gesellschaft e.V.
Frau Dr. W. Bein-Wierzbinski
Schanzengrund 42
D-21149 Hamburg

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

SEPA-Einzugs-
ermächtigung bitte
ausfüllen

Gläubiger-Identifikationsnummer
(CI/Creditor Identifier):

DE08ZZZ00002287958

Kontoinhaber

Name, Vorname

Straße

Wohnort

Land

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

X

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers:

Internationale PÄPKi® Gesellschaft e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:

Internationale PÄPKi® Gesellschaft e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.



Bitte drucken Sie sich eine Kopie aus und verwahren Sie sie sorgfältig bei Ihren Unterlagen. Herzlichen Dank!

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.