

Anmeldeformular

Hiermit beantrage ich ...

Titel	
Name, Vorname	
Beruf	
Straße	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Mobiltelefon	
Telefax	
E-Mail	

als Mitglied Partner-Mitglied (bitte ankreuzen)

Nur in Verbindung mit einer neuen oder existierenden Mitgliedschaft!

in die Vereinigung zur Förderung der Schwingungsmedizin e.V. aufgenommen zu werden.

Mein Beitrag soll abgebucht werden.

Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	
Name der Bank	

Mitgliedsbeitrag:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ab 2019 60,00 Euro pro Jahr. Ehepartner und Partner in Lebensgemeinschaften erhalten die Mitgliedschaft für 30,00 Euro pro Jahr.

Bitte einsenden an:

Vereinigung zur Förderung der Schwingungsmedizin e.V.
Schönefeldstr. 12 | 57368 Lennestadt
oder per Telefax: 07 00 / 37 24 94 64
kontakt@vereinigung-schwingungsmedizin.de

Datum

Unterschrift