



Beitrittserklärung zum Deutschen Apitherapie Bund e.V.

Name, Vorname

Imker*in Berufsimker*in Heilpraktiker*in Apitherapeut*in

Zahnarzt/-ärztin Arzt/Ärztin Beruf.....

Mitgliedschaft im Imkerverein.....

Straße

PLZ und Wohnort

Email

Website

Telefon

Geburtsdatum

Ich spreche

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum deutschen Apitherapie Bund e.V..

Art der Mitgliedschaft

35,00 €/Jahr für inländische Mitglieder (Aufnahmegebühr einmalig 5,00 €) – SEPA - Lastschriftmandat

50,00 €/Jahr für ausländische Mitglieder (Aufnahmegebühr einmalig 5,00 €) – SEPA - Lastschriftmandat **oder** bis Februar eines jeden Jahres auf das unten angegebene Konto überweisen

100,00 €/Jahr für Firmenmitgliedschaften im In- und Ausland

40,00 €/Jahr für inländische Familienmitgliedschaft(Aufnahmegebühr einmalig 5,00 €) – SEPA - Lastschriftmandat

Hiermit beantrage ich die Familienmitgliedschaft bei

Den Wegfall der Familienmitgliedschaft Voraussetzung werde ich unverzüglich melden.

Versandart der DAZ

per Post

per Mail

Ich möchte per Mail Newsletter mit den neusten Informationen erhalten.



SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Deutschen Apitherapie Bund e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DAB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name Kontoinhaber

IBAN _____

BIC

Zur Unterstützung des DAB e.V. spende ich einmalig einen Betrag in Höhe von€

Ich benötige eine Spendenbescheinigung

Datenschutz

Die im Aufnahmeantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Mitgliedschaftsverhältnisses notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Die Datenschutz-Informationen gemäß Art. 12 ff DS-GVO sind der Datenschutz-Richtlinie zu entnehmen.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme ihr zu.

Ort, Datum und Unterschrift

Deutscher Apitherapie Bund – DAB e.V.

Commerzbank Berlin

IBAN DE14 1004 0000 0554 5280 00

BIC: COBADEFFXXX

Büro in Berlin: Komturststraße 58-62, 12099 Berlin, Tel: +49 30 8200990 (Zentrale Hoffmann Dental)

Verwaltung@apitherapie.de www.apitherapie.de

Büro in Berlin: Komturststraße 58-62, 12099 Berlin, Tel: +49 30 8200990 (Zentrale Hoffmann Dental)

Verwaltung@apitherapie.de www.apitherapie.de