



Mitglied-Nummer: \_\_\_\_\_  
(wird vom FV ausgefüllt)

## **ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM EUROPÄISCHEN FACHVERBAND KLANG-MASSAGE-THERAPIE e.V.**

JA, ich möchte Mitglied im Europäischen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V. werden. Mir ist bekannt, dass der derzeitige Jahresbeitrag 49 € beträgt und dass ich meine Mitgliedschaft durch schriftliche Kündigung jeweils bis 30.09. zum Jahresende beenden kann. Eine Ermächtigung zum Einzug des Jahresbeitrages von meinem Konto ist beigefügt. Mitglied kann man werden ab dem Ausbildungsseminar „Peter Hess®-Klangmassage I“.

**Bitte in Druckschrift ausfüllen!**

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Telefon / Fax:

\_\_\_\_\_  
E-Mail / Homepage:

\_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf / Schwerpunkt der Klangmassage:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Adresse in der Mitgliederliste im Internet bin ich:

einverstanden       nicht einverstanden

**(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

Mit der Veröffentlichung von mir eingereicherter Erfahrungsberichte bin ich:

einverstanden       nicht einverstanden

**(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

Den Mitgliederstempel zum Selbstkostenpreis von einmalig 5 Euro (wird automatisch mit dem Mitgliedsbeitrag abgebucht):

möchte ich haben       möchte ich nicht haben

**(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

Folgende Seminare habe ich am Peter Hess® Institut absolviert

- Peter Hess®-Klangmassage I im Jahr \_\_\_\_\_ in (Ort) \_\_\_\_\_ bei (AusbilderIn) \_\_\_\_\_
- Peter Hess®-Klangmassage II im Jahr \_\_\_\_\_ in (Ort) \_\_\_\_\_ bei (AusbilderIn) \_\_\_\_\_
- Peter Hess®-Klangmassage III im Jahr \_\_\_\_\_ in (Ort) \_\_\_\_\_ bei (AusbilderIn) \_\_\_\_\_
- Peter Hess®-Klangmassage III+IV im Jahr \_\_\_\_\_ in (Ort) \_\_\_\_\_ bei (AusbilderIn) \_\_\_\_\_
- Peter Hess®-Intensivausbildung im Jahr \_\_\_\_\_ in (Ort) \_\_\_\_\_ bei (AusbilderIn) \_\_\_\_\_
- Weitere Seminare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

**Einzugsermächtigung auf der Rückseite bitte ausfüllen ==>**

## SEPA Basislastschrift Mandat

Hiermit erteile ich dem Europäischen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V., Ortheide 29, D-27305 Bruchhausen-Vilsen, die Genehmigung, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahlungsempfängerin auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat ist bis auf Widerruf gültig.

**Hinweis: Ein Einzug aus dem Ausland von unserer Seite her ist möglich (wenn die Bank SEPA unterstützt), dazu brauchen wir IBAN und BIC/SWIFT Nummer deiner Bank!**

### Meine Bankverbindung:

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte per Post senden an:

### Geschäftsstelle:

Europäischer Fachverband Klang-Massage-Therapie, Ortheide 29, 27305 Bruchhausen-Vilsen

Telefon: +49 4252-9389140 · Fax: +49 4252-9389145, E-Mail: [info@fachverband-klang.de](mailto:info@fachverband-klang.de)

Bankverbindung: Kreissparkasse Syke,

IBAN: DE43 2915 1700 1510 0410 21, BIC: BRLADE21SYK