

Anmeldung Mitgliedschaft | Infos für Kurse / Ausbildung / Zertifizierung

Zentrum für wesensgemäße Bienenhaltung
z.Hd. DI. Michael Thiele
Franzrasen 2
D-37242 Bad Sooden/Germany

Einfach ausdrucken, ausfüllen und an die oben genannte Adresse senden

Jetzt Mitglied werden!

* Felder, die mit einem Sternchen markiert sind, müssen für eine weitere Bearbeitung Ihrer Anmeldung ausgefüllt werden.

<p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte Mitglied werden (Save Beecolonies / Natural Apitherapy Council Club der wesensgemäßen BienenzüchterInnen). Dadurch fördere ich die Lehr- und Forschungsarbeit des Zentrums für wesensgemäße Bienenhaltung und des Forschungszentrums natürliche Bienenherapie. Außerdem kann ich eine Zertifizierung meiner Imkerei/Arztpraxis/Klinik beantragen, weitere Infos zu Kursen und zur M. Thiele Bienenherapie und Bienenprodukten anfordern. Ich bestätige hiermit, dass alle meine Angaben richtig sind. Die einmalige Aufnahme- / Registrierungsgebühr beträgt 699 €. Ich benötige folgende Mitgliedschaft:</p> <p><input type="checkbox"/> 69 € /Jahr für Einzelpersonen, BienenherapeutInnen, HobbyimkerInnen, KünstlerInnen</p> <p><input type="checkbox"/> 269 € /Jahr für Arztpraxen, BerufsimkerInnen</p> <p><input type="checkbox"/> 1.200 € /Jahr institutioneller Beitrag für Organisationen, Vereine, Galerien, Messen</p> <p><input type="checkbox"/> 4.999 € /Jahr institutioneller Beitrag für Kliniken, Zentren für Onkologie, Rheumatologie etc.</p>

<p><input type="checkbox"/> Ja, als Mitglied interessiere ich mich für folgende Kurse / Ausbildung. Bitte senden Sie mir weitere Infos wie Termine, Preisliste usw.</p> <p><input type="checkbox"/> Kurse / Ausbildung / Fortbildung zur wesensgemäßen Bienenhaltung in Top bar hives</p> <p><input type="checkbox"/> Kurse / Ausbildung / Fortbildung zur Bienenherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Kurse für Manager, Politiker</p> <p><input type="checkbox"/> Kurse für Wissenschaftler, Philosophen</p> <p><input type="checkbox"/> Kurse für Künstler, Designer, Architekten</p>

<p><input type="checkbox"/> Ja, als Mitglied interessiere ich mich für eine Zertifizierung.</p> <p><input type="checkbox"/> Zertifizierung für Bio- und Demeterimkereien</p> <p><input type="checkbox"/> Zertifizierung für Ärzte, HeilpraktikerInnen, Kliniken, Zentren für Onkologie</p> <p><input type="checkbox"/> Zertifizierung für Verbraucherschutzorganisationen</p>
--

Zahlweise*:

- Ich zahle per Vorkasse
- Ich zahle per Lastschrift. Der Betrag von € wird von meinem Konto abgebucht Hier ist meine Bankverbindung:

IBAN - BIC

Bankinstitut

Nachname*, Vorname:*

Institution / Organisation / Firma / Klinik / Titel

Geburtsdatum * / Geburtsort * / Religion *:

Postanschrift:*, Straße: *, Land *, PLZ *, Ort *

E-Mail*, Tel.* Fax

Ort * / Datum * / Unterschrift*