

# Registrierung für Fernkurse

Bitte ausdrucken, korrekt ausfüllen, unterschreiben, und via Post bzw. e-mail senden an:

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

## Wer noch nicht Mitglied ist, kann es jetzt werden!

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

<input type="checkbox"/> <b>Ja, ich möchte Mitglied werden (Save Beecolonies / Natural Apitherapy Council / Club der wesensgemäßen BienenzüchterInnen).</b> Dadurch fördere ich die Lehr- und Forschungsarbeit des Zentrums für wesensgemäße Bienenhaltung und des Forschungszentrums natürliche Bienenherapie. Außerdem erhalte ich 50 % Rabatt auf alle Fernkurse und kann Zertifikate erlangen. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 699 €. Ich benötige folgende Mitgliedschaft:
<input type="checkbox"/> 69 € /Jahr für Einzelpersonen, Bienenherapeutinnen, HobbyimkerInnen
<input type="checkbox"/> 269 € /Jahr für Arztpraxen, BerufsimkerInnen
<input type="checkbox"/> 1.200 € /Jahr institutioneller Beitrag für Organisationen, Vereine

<input type="checkbox"/> <b>Ja, als Mitglied möchte ich folgende Fernkurse belegen:</b>
<input type="checkbox"/> Nr. 48 Titel: wesensgemäße Bienenhaltung in Oberträgerbeuten Kursgebühr 450 €
<input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ €
<input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ €

<input type="checkbox"/> <b>Ja, ich möchte folgende Fernkurse belegen ohne Mitgliedschaft:</b>
<input type="checkbox"/> Nr. 48 Titel: wesensgemäße Bienenhaltung in Oberträgerbeuten Kursgebühr 900 €
<input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ €
<input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ €

### 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\*: \_\_\_\_\_