

Registrierung für Fernkurse

Bitte ausdrucken, korrekt ausfüllen, unterschreiben, und via Post senden an:

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

oder per Fax: +49 (0) 32223740527

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

<input type="checkbox"/> Ja, als Mitglied möchte ich folgende Fernkurse belegen:	
<input type="checkbox"/> Nr. 48 Titel: Wesensgemäße Bienenhaltung in Oberträgerbeuten (Tbh's)	Preis 450 €
<input type="checkbox"/> Nr. 806 Titel: Bluthochdruck	Preis 450 €
<input type="checkbox"/> Nr. 804 Titel: Morbus Crohn	Preis 450 €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis ____ €
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte folgende Fernkurse belegen ohne Mitgliedschaft	
<input type="checkbox"/> Nr. 48 Titel: Wesensgemäße Bienenhaltung in Oberträgerbeuten (Tbh's)	Preis 900 €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis ____ €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis ____ €

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*: