Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V. - Deutschland -

Telefon (+49) 0641-80896-0
Fax (+49) 0641-80896-50

**Zentrale Organisationsstelle**
**der UGB-Vereine**
Friedrich-List-Str. 21
35398 Gießen

**Fax:** (+49) **06 41/8 08 96-50**

# Mitglieder werben Mitglieder

Wenn Sie mindestens 1 Jahr UGB-Mitglied sind und ein neues Mitglied für den UGB werben, dann soll sich das auch für Sie lohnen:

## 30 Euro Prämie

Mit diesem Guthaben können Sie frei wählen aus dem gesamten UGB-Seminar- und Tagungsangebot. Ein Anspruch auf die Prämie besteht nur, wenn das geworbene Mitglied nie Mitglied im UGB war und seine Mitgliedschaft erfüllt. Werber und Neumitglied dürfen nicht identisch sein.

**Werber/-in**

Name, Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

---

## Neues Mitglied

**Ich war nie Mitglied im UGB und beantrage die fördernde Mitgliedschaft beim:**
(zutreffendes bitte ankreuzen)

❒ Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V. - Deutschland -

❒ Verein für Unabhängige Gesundheitsförderung - Österreich -

❒ Verein für Unabhängige Gesundheitsberatung - Schweiz -

Name, Vorname

Straße, Nr. | PLZ, Ort

Telefon (privat) | Telefon (dienstl.)

Geburtsdatum | Beruf

Ort, Datum | Unterschrift

### Den Mitgliedsbeitrag entrichte ich ...

❒ bequem per SEPA-Lastschriftmandat*

❒ gegen Rechnung

Die Mindestdauer der Mitgliedschaft beträgt ein Jahr. Der Mitgliedsbeitrag beträgt bei Bankeinzug 80 Euro; bei allen anderen Zahlungsweisen 90 Euro. Ermäßigte Gebühr für Schüler/Studenten mit Nachweis bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bei Bankeinzug 45 Euro, allen anderen Zahlungsweisen 55 Euro. In der Schweiz beträgt der Mitgliedsbeitrag 120 SFr.

* Ein Formular für das SEPA-Lastschriftmandat finden Sie umseitig oder unter www.ugb.de/sepa

In der Schweiz kann der Mitgliedsbeitrag nicht per Lastschrift eingezogen werden. Bitte wählen Sie „gegen Rechnung"

Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V. - Deutschland -

Telefon (+49) 0641-80896-0
Fax (+49) 0641-80896-50

**Verband für Unabhängige**
**Gesundheitsberatung e.V.**
Friedrich-List-Str. 21
35398 Gießen

**Fax:** (+49) **06 41/8 08 96-50**

## Formular für das SEPA-Lastschriftmandat bzw. die Änderung der Bankverbindung

Gläubiger Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000510354

- ❑ Erteilung einer Einzugsermächtigung (In der Schweiz nicht möglich)
- ❑ Änderung der Konto- bzw. Bankverbindung

| | |
|---|---|
| Mandatsreferenznummer (Kd-Nummer): | |
| Name, Vorname: | Geb.-Datum: |
| Straße: | PLZ, Ort: |
| Tel.: | E-Mail: |
| Die Einzugsermächtigung ist gültig ab: | |

Hiermit ermächtige ich den Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V., die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge bis auf meinen schriftlichen Widerruf jeweils am Fälligkeitstag von meinem Girokonto einzuziehen.
**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Meine Bankverbindung lautet:**

| | |
|---|---|
| Kontoinhaber: | Kreditinstitut: |
| IBAN: | BIC: |

**Bitte füllen Sie den nachfolgenden Teil nur aus, wenn Abnehmer und Kontoinhaber nicht identisch sind:**

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße

PLZ, Ort

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

**Anmerkung: Bei fehlenden Angaben oder fehlender Unterschrift kann der Vordruck nicht angenommen werden.**