

**Servicezeiten:**

Montag bis Freitag: 09.00 – 13.00 Uhr

Telefon (+49) 0641-80896-18

Fax (+49) 0641-80896-50

**Zentrale Organisationsstelle
der UGB-Vereine**Sandusweg 3
D-35435 Wettenberg**Fax: (+49) 06 41/8 08 96-50**

Mitgliedsantrag

Ich beantrage die fördernde Mitgliedschaft beim: (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V. - Deutschland -		<input type="checkbox"/>	Verein für Unabhängige Gesundheitsförderung - Österreich -		<input type="checkbox"/>	Verein für Unabhängige Gesundheitsberatung - Schweiz -	
--------------------------	---	--	--------------------------	---	---	--------------------------	---	--

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (dienstl.)

Geburtsdatum

Beruf

Ort, Datum

Unterschrift

Die Kündigung ist jederzeit mit einer Frist von zwei Monaten zum Jahresende durch formloses Schreiben an die Hauptgeschäftsstelle des UGB möglich. Die Mindestdauer der Mitgliedschaft beträgt ein Jahr.

Den Mitgliedsantrag entrichte ich ... bequem per SEPA-Lastschriftmandat* gegen Rechnung* 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“

Der Mitgliedsbeitrag beträgt bei Bankeinzug 80 Euro; bei allen anderen Zahlungsweisen 90 Euro. Ermäßigte Gebühr für Schüler/ Studenten mit Nachweis bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres bei Bankeinzug 45 Euro, allen anderen Zahlungsweisen 55 Euro. In der Schweiz beträgt der Mitgliedsbeitrag 120 SFr (nur per Rechnung möglich).

Servicezeiten:

Montag bis Freitag: 09.00 – 13.00 Uhr

Telefon (+49) 0641-80896-18

Fax (+49) 0641-80896-50

**Verband für Unabhängige
Gesundheitsberatung e.V.**

Sandusweg 3
35435 Wettenberg

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.