

Anmeldung Mitgliedschaft | Infos für Kurse / Ausbildung / Zertifizierung

Einfach ausdrucken, ausfüllen und per e-mail: contact@thiele-und-thiele-consult.de
an das Zentrum für wesensgemäße Bienenhaltung | Forschungszentrum natürliche Bienenherapie

oder per Fax: +49 (0) 32223740527

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 Michael 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 <input type="checkbox"/> 269 € /Jahr für Arztpraxen, BerufsimkerInnen <input type="checkbox"/> 1.200 € /Jahr institutioneller Beitrag für Organisationen, Vereine, Galerien, Messen <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
<input type="checkbox"/> Kurse / Ausbildung / Fortbildung zur Bienenherapie
<input type="checkbox"/> Kurse für ManagerInnen, PolitikerInnen
<input type="checkbox"/> Kurse für WissenschaftlerInnen, PhilosophInnen
<input type="checkbox"/> Kurse für KünstlerInnen, DesignerInnen, Architektinnen</p> |
|---|

<p><input type="checkbox"/> Ja, als Mitglied interessiere ich mich für eine Zertifizierung.</p>
--

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> Zertifizierung für Bio- und Demeterimkereien
<input type="checkbox"/> Zertifizierung für Ärzte, HeilpraktikerInnen, Kliniken, Zentren für Onkologie
<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*