

# Anmeldung Mitgliedschaft | Infos für Kurse / Ausbildung / Zertifizierung

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

Einfach ausdrucken, ausfüllen und an die oben genannte Adresse senden 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.

**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 Bientherapie. Außerdem kann ich eine Zertifizierung meiner Imkerei/Arztpraxis/Klinik beantragen, weitere Infos zu Kursen und zur Michael Thiele Bientherapie und Bienenprodukten anfordern. Ich bestätige hiermit, daß alle meine Angaben richtig sind. Die einmalige Aufnahme- / Registrierungsgebühr beträgt 699 €. Ich benötige folgende Mitgliedschaft:  
 69 € /Jahr für Einzelpersonen, BientherapeutenInnen, HobbyimkerInnen, KünstlerInnen  
 269 € /Jahr für Arztpraxen, BerufsimkerInnen  
 1.200 € /Jahr institutioneller Beitrag für Organisationen, Vereine, Galerien, Messen  
 4.999 € /Jahr institutioneller Beitrag für Kliniken, Zentren für Onkologie, Rheumatologie etc.

**Ja, als Mitglied interessiere ich mich für folgende Kurse / Ausbildung. Bitte senden Sie mir weitere Infos wie Termine, Preisliste usw.**  
 Kurse / Ausbildung / Fortbildung zur wesensgemäßen Bienenhaltung in Top bar hives  
 Kurse / Ausbildung / Fortbildung zur Bientherapie  
 Kurse für ManagerInnen, PolitikerInnen  
 Kurse für WissenschaftlerInnen, PhilosophInnen  
 Kurse für KünstlerInnen, DesignerInnen, Architektinnen

**Ja, als Mitglied interessiere ich mich für eine Zertifizierung.**  
 Zertifizierung für Bio- und Demeterimkereien  
 Zertifizierung für Ärzte, HeilpraktikerInnen, Kliniken, Zentren für Onkologie  
 Zertifizierung für Verbraucherschutzorganisationen

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\*