

Registrierung für Fernkurse

Bitte ausdrucken, korrekt ausfüllen, unterschreiben, und via Post bzw. e-mail 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 Bienenherapie. Außerdem erhalte ich 50 % Rabatt auf alle Fernkurse und kann Zertifikate erlangen. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 699 €. Ich benötige folgende Mitgliedschaft: <input type="checkbox"/> 69 € /Jahr für Einzelpersonen, Bienenherapeutinnen, 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 Kursgebühr 450 € |
| <input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ € |
| <input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ € |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte folgende Fernkurse belegen ohne Mitgliedschaft: |
| <input type="checkbox"/> Nr. 48 Titel: wesensgemäße Bienenhaltung in Oberträgerbeuten Kursgebühr 900 € |
| <input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ € |
| <input type="checkbox"/> Nr. _____ Titel: _____ Kursgebühr _____ € |

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*: _____