

Registrierung für Fernkurse

Bitte ausdrucken, korrekt ausfüllen, unterschreiben, und via Post, Fax oder e-mail senden an:

Zentrum für wesensgemäße Bienenhaltung
Franzrasen 2
D-37242 Bad Sooden

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.

<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 Bienentherapie. Außerdem erhalte ich 50 % Rabatt auf alle Fernkurse. Die einmalige Aufnahme- / Registrierungsgebühr beträgt 699 €. Ich benötige folgende Mitgliedschaft: <input type="checkbox"/> 69 € /Jahr für Einzelpersonen, Bienentherapeutinnen, 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 (Tbh's)	Preis	450 €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis	_____ €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis	_____ €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis	_____ €
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte folgende Fernkurse belegen ohne Mitgliedschaft		
<input type="checkbox"/> Nr. 48 Titel: Wesensgemäße Bienenhaltung in Oberträgerbeuten (Tbh's)	Preis	900 €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis	_____ €
<input type="checkbox"/> Nr. ____ Titel: _____	Preis	_____ €

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*: _____