



Mitglied-Nummer: _____
(wird vom FV ausgefüllt)

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM INTERNATIONALEN FACHVERBAND KLANG-MASSAGE-THERAPIE e.V.

JA, ich möchte Mitglied im Internationalen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V. werden. Mir ist bekannt, dass der derzeitige Jahresbeitrag 49 € beträgt, eine Einzugsermächtigung von meinem Konto ist beigefügt. Ich kann meine Mitgliedschaft durch schriftliche Kündigung jeweils bis 30.09. zum Jahresende beenden. Mitglied kann man werden ab dem Ausbildungsseminar „Peter Hess®-Klangmassage I“.

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Name und Anschrift:

Telefon / Mobil / Fax:

E-Mail / Homepage:

Erlerner Beruf / Schwerpunkt der Klangmassage:

Geburtsdatum:

- Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Adresse in der Mitgliederliste im Internet bin ich:
 einverstanden nicht einverstanden **(bitte Zutreffendes ankreuzen)**
Wichtig: Wenn ja, füllen Sie bitte folgendes [Online Formular](#) aus, da ansonsten keine Listung erfolgt!

Folgende Seminare habe ich am Peter Hess® Institut absolviert

- Peter Hess®-Klangmassage I im Jahr _____ in (Ort) _____ bei (Ausbilder*in) _____
- Peter Hess®-Intensivausbildung im Jahr _____ in (Ort) _____ bei (Ausbilder*in) _____
- Abschlussseminar zur KM III + IV im Jahr _____ in (Ort) _____ bei (Ausbilder*in) _____
- Individuelle Klangmassage leicht, gekonnt und sicher gestalten im Jahr _____ in (Ort) _____ bei (Ausbilder*in) _____

Mit **Absenden dieses Formulars** beantrage ich die Mitgliedschaft im Internationalen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V. Die [Satzung](#) des Internationalen Fachverbandes Klang-Massage-Therapie e.V. habe ich zur Kenntnis genommen.

Die [Datenschutzhinweise](#) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum und Unterschrift

Mitgliedschaft vermittelt durch: _____

(Unterschrift Seminarleiterin/Seminarleiter)

Einzugsermächtigung auf der Rückseite bitte ausfüllen ==>



SEPA Basislastschrift Mandat

Hiermit erteile ich dem Internationalen Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V., Ortheide 29, D-27305 Bruchhausen-Vilsen, die Genehmigung, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahlungsempfängerin auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat ist bis auf Widerruf gültig.

Hinweis: Ein Einzug aus dem Ausland von unserer Seite her ist möglich (wenn die Bank SEPA unterstützt), dazu brauchen wir IBAN und BIC/SWIFT Nummer deiner Bank!

Meine Bankverbindung:

Bank: _____

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte per Post senden an:

Geschäftsstelle:

Internationaler Fachverband Klang-Massage-Therapie, Ortheide 29, 27305 Bruchhausen-Vilsen

Telefon: +49 4252-9389140 · Fax: +49 4252-9389145, E-Mail: info@fachverband-klang.de

Bankverbindung: Kreissparkasse Syke,

IBAN: DE43 2915 1700 1510 0410 21, BIC: BRLADE21SYK