Beitrittserklärung

widerrufen kann.

Datum, Unterschrift



Hiermit beantrage ich die satzungsgemäße Mitgliedschaft im GABAL e.V.

| Frau Herr | _ |
|--|--|
| angestellt selbstständig Ich bin Mitglied im | bdvb BDVT und erhalte einen Beitragsnachlass. |
| Name, Vorname | GebDatum |
| | |
| Firma | Akad. Grad/ Beruf |
| Cive O. M. | Title I street a smooth |
| Straße, Nr. | Tätigkeitsschwerpunkte |
| PLZ, Ort | E-Mail |
| | |
| Tel. | Internet |
| | |
| Ich beantrage eine Mitgliedschaft als: | Zusatzerklärung für Weiterbildner (Trainer, Berater, Coach, Personalentwickler, Lehrer u.ä.) |
| Ordentliches Mitglied – 175 € p.a. Begünstigtes Mitglied – 56 € p.a. (Studenten, Senioren ohne regelmäßiges Einkommen oder Partner (Ehepaare und Eingetragene Lebenspartnerschaften), wenn ein Partner bereits ordentliches Mitglied ist). | Ich verpflichte mich, nach den ethischen Richtlinien und im Sinne des "Berufskodex für die Weiterbildung" des Forums Werteorientierung in der Weiterbildung e.V. zu handeln und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Mir ist bewusst, dass eine Zuwiderhandlung zur sofortigen Beendigung der Mitgliedschaft führt und das Siegel nicht mehr genutzt werden darf. |
| Förderndes Mitglied – 350 € p.a. | Datum, Unterschrift |
| (Firmen, Behörden, Verbände und Organisationen) | |
| Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig 50% des Mitgliedsbeitrags. | Einzugsermächtigung bis auf Widerruf |
| | Konto-Inhaber |
| Ich wurde geworben von | |
| | Bank |
| Erklärung | |
| Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags erkläre ich | IBAN |
| mich bereit, die Satzung der GABAL® anzuerkennen und den Mitgliedsbeitrag per Bankeinzug oder Rechnung zu bezahlen. | |
| Ich habe Anspruch auf die den Mitgliedern eingeräumten | BIC |
| Vergünstigungen. Die Aufnahme erfolgt gemäß Satzung durch den Vorstand. | |
| Datum, Unterschrift | Datum, Unterschrift |
| | |
| Ich stimme zu, dass meine Angaben gemäß den satzungsgemäßen Zwecken des GABAL e.V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit | Bitte zurücksenden/faxen/mailen an: GABAL e.V. Bundesgeschäftsstelle Adventusstr 4 |

Adventusstr. 4

55545 Bad Kreuznach

Tel: +49 178 3468425, info@gabal.de