

An das
Institut QUETHEB e.V.
Schloßplatz 1
D - 83410 Laufen

Absender (Stempel):

Tel.: +49 (0) 8682 / 95 44 00
Fax: +49 (0) 8682 / 95 44 98

Datum:

Antrag auf Mitgliedschaft beim Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und -beratung QUETHEB e. V.

Anrede:

Name, Vorname:

Institution:

Straße: PLZ: Ort:

Telefon: Fax: E-Mail:

Beruf/-bezeichnung:

Derzeitige Tätigkeit:

Ich verfüge über

- eine QUETHEB-Registrierung
- einen wissenschaftlichen Hochschulabschluss
- Jahre Berufserfahrung in Ernährungstherapie und Ernährungsberatung

Mit dem Mitgliedsbeitrag möchte ich die Arbeit und die Ziele des Instituts QUETHEB e.V. unterstützen als

- Einzelperson
- Verband / Institution

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 104,- € pro Jahr (für Institutionen 312,- €)

Ich wähle folgende Zahlungsweise:

- per Überweisung
- per Lastschriftverfahren

Ich ermächtige QUETHEB e. V., die fälligen Jahresbeiträge von meinem Konto

Nr. Bankleitzahl.....

Bank..... einzuziehen.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten ausschließlich für die in der Satzung von QUETHEB e. V. verankerten Zwecke genutzt werden.*

Ort, Datum..... Unterschrift.....

* Für die weitere Bearbeitung der Mitgliedschaft wird die Anschrift und die persönlichen Daten benötigt. Die personen-bezogenen Daten werden selbstverständlich datenschutzrechtlich und vertraulich behandelt.