

RECONNECTION

Verband e.V.

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in den RECONNECTION Verband e.V.:

Kontaktdaten bitte in Druckbuchstaben eintragen. Den Aufnahmeantrag und eine Foto-Kopie der Zertifikate zum Nachweis des Status als „Reconnective Healing Foundational Practitioner“ (und ggf. auch „Reconnection Certified Practitioner“) senden Sie bitte per Email info@Reconnection-Verband.de oder auch auf dem Postwege an Marion Katharina Lo Bue, Dabringhauser Straße 2, D-51067 Köln.

Anrede: _____ **Akad. Titel:** _____
Name: _____ **Vorname:** _____
PLZ / Ort: _____ **Land:** _____
Straße: _____ **Telefon:** _____
Email: _____
Mobil Tel.: _____ **Level absolviert:** _____
Praxisadresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden. (Datenschutzhinweis: Ihre Daten werden in der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert.)

Ich praktiziere Reconnective Healing im Einklang mit Eric Pearls Philosophie. Ich **kenne** die Satzung des Reconnection Verbandes e.V., im Besonderen ist mir §2 bekannt (Einhaltung des ethischen Verhaltenskodex) **und erkenne sie an**. Ich kombiniere Reconnective Healing nicht mit Energieheiltechniken und bin mir bewusst, dass Zuwiderhandlungen den Ausschluss aus dem Verband zur Folge haben können.

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig 33,00 Euro. In dem jährlichen Mitgliedsbeitrag von 99,00 Euro jährlich ist das Profil in der deutschsprachigen Liste der Praktizierenden eingeschlossen. Um auf der Liste des Verbandes zu erscheinen, ist der Nachweis einer Listung auf der globalen Liste der Praktizierenden <https://www.reconnectivehealingpractitioners.com/users/register> erforderlich.

Die Begleichung des Beitrages erfolgt per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren, für Mitglieder der Schweiz per Überweisung nach Rechnungserstellung. Wir werden bei den Einzügen folgende Parameter verwenden: Gläubiger ID: DE10zzz00000598085, Mandatsreferenz: Vorname.Name. Bitte beachten Sie, dass sich die Mitgliedschaft automatisch um ein Jahr verlängert, sofern uns bis zum 30. November eines Jahres keine schriftliche Kündigung vorliegt. Eine anteilige Erstattung von gezahlten Beiträgen ist nicht möglich.

Hiermit erteile ich die Einzugsermächtigung per Lastschrift für mein Konto:

IBAN: _____

BIC: _____ **Name der Bank:** _____

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____