



Beitrittserklärung für die Mitgliedschaft zur Akademie für Gesundheitsförderung (AGF) e.V.

**An
AGF
Wiesenweg 72
91088 Bubenreuth**

Ich beantrage ein ordentliches/außerordentliches* Mitglied der „AGF e.V.“ zu werden.

(*Nicht zutreffendes bitte streichen)

Mitgliedschaften bestehen bereits in folgenden Berufsverbänden/Vereinen:

Besondere
Funktionen: _____

Persönliche Daten:

Titel, Vorname, Name _____ Geb. Dat. _____

Straße/Nr. _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen:

Ich ermächtige die Akademie für Gesundheitsförderung e.V., die von mir zu entrichtenden satzungsgemäßen Zahlungen (Zur Zeit: Aufnahmegebühr 50,00 € , Beiträge p.a. > Ordentliches Mitglied = 75,00 € , Außerordentliches Mitglied = 25,00 €) als Mitglied der AGF e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AGF e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Akademie für Gesundheitsförderung e.V.

Wiesenweg 72, 91088 Bubenreuth

Gläubigeridentifikationsnummer: DE 22ZZZ00000138574

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers:

Die Bezeichnung und Mitteilung der konkreten Mandatsreferenz für das SEPA Lastschriftmandat erfolgt nach Aufnahme in den Verein.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) erfolgt am 16. Februar. (oder dem folgenden Geschäftstag) eines jeden Jahres, erstmalig 14 Tage nach Aufnahmebestätigung durch den Vorstand.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

BIC: _____

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts:

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutz:

Ich erkläre mich mit der Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung der in diesem Antragsformular erhobenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mitgliedschaft, insbesondere der Mitgliederverwaltung einverstanden. Zudem erkläre ich mich mit der Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung der geschäftlichen Grunddaten (Anschrift, Mitgliedschaft in der AGF,) für Projekte der AGF, die im Interesse der Arbeit der AGF stehen und gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit inländischen Dritten erfolgen, einverstanden. Diese Zustimmung ist jederzeit widerruflich.

Ort, Datum :**Unterschrift :****Widerrufsrecht**

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns:

Akademie für Gesundheitsförderung e.V.
Wiesenweg 72
91088 Bubenreuth
Tel: 0170-3075848

Vorsitzender: Prof. Dr. Martin Raithel
E-Mail: info@agf-info.de

mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular Anlage 2 zu Artikel 246a § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und § 2 Absatz 2 Nummer 2 EGBGB verwenden (wenn in Textform: siehe Seite 2/wenn Online- Format: siehe unten), das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich von evtl. angefallenen Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Haben Sie verlangt, dass Dienstleistungen (z.B. Seminare) während der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.“

Ort, Datum :**ev. Stempel :****Unterschrift :**

Bankverbindung: Sparkasse Coburg-Lichtenfels, IBAN: DE1278350000009855149 BIC : BYLADEM1COB

Muster- Widerrufsformular:

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück.)

An :
Wiesenweg 72
91088 Bubenreuth
E-Mail: info@agf-info.de

z.Hd.v. Vorsitzender Prof. Dr. M. Raithel

Hiermit widerrufe(n) ich/wir _____ den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über die Mitgliedschaft in der

Akademie für Gesundheitsförderung e.V.!

Abgeschlossen am _____.

Name des/der Mitglieds/ Mitglieder _____

Anschrift des/der

Mitglieds/Mitglieder _____

Unterschrift des/der Mitglieds/Mitglieder _____ Datum _____

(nur bei Mitteilung auf Papier)