

FAAV – Freie Aurachirurgen und Auratechniker e.V. –

Aufnahmeantrag – Antrag für die Mitgliedschaft im FAAV

(Antrag bitte in großen Druckbuchstaben vollständig ausfüllen und an den geschäftsführenden Vorstand zurücksenden, ggfs. Unzutreffendes streichen – bei Telefonnummern Länderkennung mitangeben: z.B. 0049-2345-678910)

Herr / Frau	Titel:	_____
Name:	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	Geburtsort:	_____
Wohnanschrift:		_____
Telefon/Fax:	Mobil:	_____
Mail:	Homepage:	_____
Beruf:	ausgeübte Tätigkeit:	_____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in den FAAV. Ich erkenne die Satzung des FAAV in vollem Umfang an. Ebenso sind mir alle Rechten und Pflichten, die aus der Mitgliedschaft resultieren, bekannt.

Die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages i.H.v. 30,00 € ist ausschließlich per Lastschrift möglich und wird jeweils Anfang Mai in einem Betrag eingezogen. Nach Aufnahme in den FAAV wird der Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr anteilig fällig. Das Beitragsjahr und somit das Geschäftsjahr des FAAV beginnt jeweils am 01.05. des Jahres und endet am 30.04. des jeweiligen Folgejahres. Mitgliedsbescheinigungen werden per Post mit den nächsten zustellbaren Vereinsunterlagen zugesendet.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für interne Vereinszwecke gespeichert werden bzw. für die Veröffentlichung auf der zentralen Homepage und die Vernetzung der Aurachirurgen und Auratechniker genutzt werden. Es erfolgt die Datenweitergabe außerhalb des FAAV ausschließlich mit Einverständnis zum Zwecke der Vermittlung an Hilfesuchende.

Fragen an unsere Mitglieder:

Wenden Sie Aurachirurgie an?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Wenden Sie Auratechnik an?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Haben Sie eine ärztliche AT-Prüfung absolviert?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____ (Bitte Kopie des Zertifikates beilegen)		
Wenden Sie die AC/AT beruflich an?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Wenn ja: <input type="radio"/> hauptberuflich <input type="radio"/> nebenberuflich		
Ist Ihre berufliche Heilarbeit offiziell angemeldet?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Wenden Sie noch weitere geistige Heilweisen an?		
Wenn ja, welche? _____ _____ _____		

Möchten Sie die Möglichkeiten der zentralen Vernetzung unseres Vereins nutzen?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Möchten Sie ehrenamtlich in unserem Verein tätig sein?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Wenn ja, wo haben Sie Interesse an der Mitarbeit? _____ _____		

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

FAAV – Freie Aurachirurgen und Auratechniker e.V.

Vereinbarung zur Nutzung der zentralen Vernetzung der Vereinsmitglieder über bestehende Medien

Der FAAV

– vertreten durch den geschäftsführenden Vorstand – vereinbart mit nachfolgendem aktiven Vereinsmitglied :

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Mitgliedsnummer: _____

Folgendes zur Nutzung der zentralen Vernetzung über die vom FAAV betriebene Homepage:

Der FAAV stellt im Rahmen seiner rechtlichen Möglichkeiten die zentrale Homepage:

www.aurachirurgie-auratechnik.com –

mit seinen Unterseiten www.aurachirurgie-auratechnik.de/.at/.ch

zur öffentlichen Präsentation seiner aktiven Mitglieder zur Verfügung.

Diese Nutzung ist nur für zertifizierte Aurachirurgen bzw. Auratechniker nach Aaragon und Petra Köhne zulässig. Die Zertifizierung ist nachzuweisen.

Die Nutzung der zentralen Homepage sowie aller damit verbundenen Öffentlichkeitsarbeit des Vereins im Sinne des Vereinszwecks ist kostenpflichtig in Höhe von 50,00 € jährlich. Diese Gebühr wird im Voraus per Lastschrift am _____ vom Konto des Vereinsmitglieds jährlich abgebucht.

Das Vereinsmitglied hat alle Informationen, die für die Erstellung der persönlichen Daten auf Homepage nötig sind, in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen. Insbesondere gilt für die Bereitstellung von Fotomaterial die Beachtung der Bildrechte. Das Vereinsmitglied ist für die Freigabe der Bildquellen sowie zur Verfügung gestellten Logos, Schriftzüge etc. und die Nutzungsrechte des verwendeten Materials selbst verantwortlich und stellt hiermit den Verein ausdrücklich für sämtliche Schadenersatzansprüche Dritter frei. Das gleiche gilt für individuell gestaltete und unter dem Namen des Mitglieds veröffentlichte Texte.

Die Nutzung der Homepage wird für die Laufzeit von einem Jahr vereinbart und verlängert sich stillschweigend, sofern nicht 6 Wochen vor Ablauf der Jahresfrist die schriftliche Kündigung erfolgt.

Ort, Datum:

Unterschrift Mitglied

Unterschrift geschäftsführender Vorstand



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Kontonummer
20722826

neue Kontoverbindung
gültig ab:

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Freie Auratechniker und Aurachirurgen e.V. (FAAV)

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Wampelmühle 1 c

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

84034 Landshut

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE27ZZZ00001924739

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Freie Auratechniker und Aurachirurgen e.V. (FAAV)**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freie Auratechniker und Aurachirurgen e.V. (FAAV)** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Freie Auratechniker und Aurachirurgen e.V. (FAAV)** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Freie Auratechniker und Aurachirurgen e.V. (FAAV)**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment **Einmalige Zahlung / One-off payment**
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
Land / Country:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:
Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: