

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: _____