

**Verband für Klopfakupressur e.V.**

Marit Steinkopf  
amtierender Vorstand  
Lohengrinstraße 10a  
14109 Berlin

**Antrag auf Mitgliedschaft**

Der Jahresbeitrag beträgt gemäß der aktuellen Beitragsordnung: 80,00 Euro  
Die einmalige Aufnahmegebühr gemäß der aktuellen Beitragsordnung: 20,00 Euro

**Persönliche Daten:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Titel/akad. Grad: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Postadresse, sofern abweichend von der oben genannten Adresse:

\_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

**Telefon:**

Geschäftlich: \_\_\_\_\_ Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

Die „Ethischen Richtlinien“ des Verbandes für Klopfakupressur e.V. liegen mir vor und mir ist bekannt, dass die Anerkennung dieser Richtlinien Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Verband für Klopfakupressur sind.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, diese gelesen und verstanden zu haben sowie mit deren Inhalt einverstanden zu sein und im Rahmen meiner Tätigkeit anzuwenden.

Ebenso bestätige mit meiner Unterschrift, die Mitgliederinformationen zum Datenschutz im Verband für Klopfakupressur e.V. zur Kenntnis genommen zu haben.

Mir ist bekannt, dass gemäß Punkt 3 der Beitragsordnung in der Fassung vom 2. Oktober 2021 die Beitragsentrichtung in den am SEPA Verfahren teilnehmenden Ländern im Einzugsverfahren erfolgt. Eine entsprechende Einzugsermächtigung habe ich dem Antrag an den Vorstand für Finanzen beigefügt.

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.

---

Ort, Datum und Unterschrift