

Bitte in Druckbuchstaben!



Name, Vorname

Ehe-/Lebenspartner
(falls Mitglied) von:

Straße

PLZ - Wohnort

Geburtsdatum

Telefon/Fax

Website / E-Mail

Beruf/Tätigkeitsgebiet

Deutsche Gesellschaft für
suggestopädisches Lehren und Lernen e.V.

Adresse Friedrichsstraße 12
34117 Kassel

Telefon 0561 - 81 04 41 77
Telefax 0561 - 81 04 41 78
E-Mail dialog@dgsl.de
Web www.dgsl.de

EINTRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage/n ich/ wir die

- Ordentliche Mitgliedschaft – jährlich** 170,00 €
- Ordentliche Mitgliedschaft – 50 % reduzierter Beitrag für** 85,00 €
- Studenten, Erwerbslose, Rentner oder Lebens-/Ehe-Partner von Mitgliedern
(Eine Anhäufung von Rabatten ist nicht möglich.)
- Fördernde Mitgliedschaft** (jur. Personen) – Förderbeitrag jährlich 425,00 €
- Bei Mitgliedschaft (ordentlich+fördernd) – reduzierter Förderbeitrag jährlich 255,00 €

bei der Deutschen Gesellschaft für suggestopädisches Lehren und Lernen - DGSL e.V.

Die Satzung der DGSL, insbesondere die §§ 3 – 6, die GO und der Berufskodex der Weiterbildungsverbände sind mir bekannt. Ich versichere, dass ich mich entsprechend dieser Ethik-Richtlinien verhalte und arbeite. Meine Mitgliedschaft endet erst durch meine schriftliche Kündigung per Fax oder Einschreiben bis spätestens drei Monate zum Jahresende.

Der jährlich zum 15.2. fällige Beitrag
kann per Lastschrift eingezogen werden
wird von mir/uns rechtzeitig überwiesen

Bei Eintritt ab 1. Juli des Jahres ist der halbe Jahresbeitrag zu entrichten!

(Voraussetzung für den Nachlass: Verpflichtung zur Mitgliedschaft im Folgejahr)

Ich habe bereits eine Suggestopädie Ausbildung bei _____ absolviert.

Mein/Unser Interesse an der Suggestopädie ist folgendes:

.....

.....

.....

.....
Datum

.....
Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Deutsche Gesellschaft für
suggestopädisches Lehren und Lernen e.V.**

**Friedrichsstraße 12
34117 Kassel**

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)