

Zentrale Organisationsstelle der UGB-Vereine

Friedrich-List-Str. 21
35398 Gießen

Fax: (+49) 06 41/8 08 96-50

Antrag fördernde Mitgliedschaft

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Privatperson | <input type="checkbox"/> UGB-Deutschland |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsfachkraft (Dipl. oec. troph,
B. Sc., M.Sc., Diätassistentin), Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> UGB-Österreich |
| <input type="checkbox"/> gemeinnützige Institution | <input type="checkbox"/> UGB-Schweiz |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen/Institution | |

Anrede: Frau Herr

Titel, Vorname, Nachname

Institution/Unternehmen

PLZ, Ort

Straße, Nr.

E-Mail

Telefon / Fax

Ort, Datum

Unterschrift

Das im Mitgliedsbeitrag enthaltene Abonnement des Fachmagazins UGBforum wünsche ich als

- Printausgabe per Post Digital (PDF) per E-Mail

Deutschland/Österreich	Bankeinzug	Rechnung	Schweiz*
Privat	80 Euro	90 Euro	120 SFr
Ernährungsfachkraft/ Arzt:in	120 Euro	135 Euro	120 SFr
Azubis/Studierende ¹	45 Euro	55 Euro	120 SFr
gemeinnützige Institution ²	140 Euro	155 Euro	120 SFr
Unternehmen/ Institution	280 Euro	295 Euro	250 SFr

* In der Schweiz kann der Mitgliedsbeitrag nicht per Lastschrift eingezogen werden.

¹ Schüler, Studierende, Azubis bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Aktuelle Nachweise bitte jährlich unaufgefordert an: info@ugb.de

² Nachweis der Gemeinnützigkeit bitte zusenden

Der Mitgliedsbeitrag wird im 1. Halbjahr des Kalenderjahres fällig. Bei Eintritt vom 01.07. - 31.12. eines Jahres halbiert sich der Mitgliedsbeitrag.

Den Mitgliedsbeitrag entrichte ich ...

- bequem per SEPA-Lastschriftmandat** gegen Rechnung

** Ein Formular für das SEPA-Lastschriftmandat finden Sie umseitig oder unter www.ugb.de/sepa
In der Schweiz kann der Mitgliedsbeitrag nicht per Lastschrift eingezogen werden.

**Verband für Unabhängige
 Gesundheitsberatung e.V.**

Friedrich-List-Str. 21
 35398 Gießen

Fax: (+49) 06 41/8 08 96-50

**Formular für das SEPA-Lastschriftmandat bzw.
 die Änderung der Bankverbindung**

Gläubiger Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000510354

- Erteilung einer Einzugsermächtigung (In der Schweiz nicht möglich!)
- Änderung der Konto- bzw. Bankverbindung

Mandatsreferenznummer (Kd-Nummer):	
Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	PLZ, Ort:
Tel.:	E-Mail:
Die Einzugsermächtigung ist gültig ab:	

Hiermit ermächtige ich den Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V., die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge bis auf meinen schriftlichen Widerruf jeweils am Fälligkeitstag von meinem Girokonto einzuziehen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber:	Kreditinstitut:
IBAN:	BIC:

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Teil nur aus, wenn Abnehmer und Kontoinhaber nicht identisch sind:

 Name, Vorname des Kontoinhabers

 Straße

 PLZ, Ort

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

 Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Anmerkung: Bei fehlenden Angaben oder fehlender Unterschrift kann der Vordruck nicht angenommen werden.