

Antrag auf Mitgliedschaft bei **Cranio Austria**

Name des Ausbildungsinstitutes / der Ausbildungsschule:

SchulleiterIn: -----

Straße: -----

Postleitzahl: ----- Ort: -----

Land: ----- Gründungsjahr: -----

Telefon: ----- Telefon/mobil: -----

Email: -----

Website: www. -----

- Hiermit beantragt ----- die Mitgliedschaft bei **Cranio Austria** - Dachverband für Craniosacrale Körperarbeit.
- Die einmalige **Aufnahmegebühr** beträgt € 400,00
- Den **Jahresbetrag** in der Höhe von € 500,00 (€ 1.000,- ab 1.1.2019) wird bezahlt mittels
 - Einzugsermächtigung mittels SEPA Lastschrift-Mandat
 - Überweisung auf das Verbandskonto
- Als Mitglied von **Cranio Austria** werden die Ziele des Dachverbandes unterstützt.
- Im Umgang mit den SchülerInnen/Studenten wird großer Wert auf Achtsamkeit, Wertschätzung und Urteilsfreiheit gelegt. Diese Grundhaltung ist Teil des Unterrichts in dieser Methode.
- Sollten sich Name, Adresse oder die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft ändern, wird **Cranio Austria** umgehend informiert.
- Mit der Unterschrift werden die Statuten und Richtlinien von **Cranio Austria** zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum & Unterschrift: -----

Folgende **Nachweise** werden beigelegt:

- Nachweis des Angebotes der CranioSacralen Fachausbildung im Ausmaß von mind. 630 h/840 UE (siehe Statuten **Cranio Austria**)
 - Curriculum mit Inhalten und h/ UE
 - Muster eines Abschluszeugnisses oder Zertifikates
- Basismedizinischen Wissen im Ausmaß von mind. 150 h/200 UE (siehe Statuten **Cranio Austria**)
 - wird angeboten (Inhalte und h/ UE)
 - wird nicht angeboten

(1 UE = 45 min)

bitte wenden!

SEPA Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger:

Cranio Austria - Dachverband für Craniosacrale Körperarbeit
2371 Hinterbrühl, Johannesstraße 6a
Creditor-ID: AT14ZZZ00000053519

Ich ermächtige/Wir ermächtigen **Cranio Austria** - Dachverband für Craniosacrale Körperarbeit - widerruflich, die von mir zu entrichtende Aufnahmegebühr/Beitragszahlung bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von **Cranio Austria** auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ich nehme/Wir nehmen zur Kenntnis, dass Bankspesen zu meinen/ unseren Lasten gehen, wenn ich/wir eine Änderung meiner/unserer Kontodaten dem UCÖ nicht zeitgerecht bekanntgebe/n.

Name des Ausbildungsinstitutes/ der Ausbildungsschule/ des Verbandes:

SchulleiterIn/ Obmann/Obfrau

Anschrift

IBAN BIC

Ort, Datum & Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung mittels SEPA-Lastschrift erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft bei **Cranio Austria**.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Daten auf einem Datenträger verwaltet werden und auf Anfrage an Interessierte. KlientInnen und KollegInnen weitergegeben werden.
- Ich habe die Datenschutzerklärung von **Cranio Austria** gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum & Unterschrift