



Beitrittserklärung zum I.M.U. Qualitätszirkel

Rückantwort | Beitrittserklärung

An das Büro des Qualitätszirkels des
I.M.U. College Martin Keymer
c/o BüroService Probstei
Strandweg 18
24217 Stakendorf

Tel.: +49 (0)4344 81 96 – 24
Fax: +49 (0)4344 81 96 – 21
E-Mail: imu.qualitaetszirkel@kielnet.net

Absender/Praxisstempel

(wenn Sie Ihren Praxisstempel verwenden, bitte Angaben falls nötig
darunter per Hand ergänzen!)

Praxisstempel

Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Bitte ankreuzen:

- Ja**, ich bin sehr interessiert, dem I.M.U. Qualitätszirkel beizutreten. Bitte senden Sie mir weitere Informationen zu.
- Ja**, ich möchte endlich aktiv werden und trete hiermit verbindlich dem I.M.U. Qualitätszirkel bei!
Ich möchte gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus unseren Reihen die bioenergetische Ganzheits-
medizin fördern und aktiv an konkreten, gemeinsamen Zielsetzungen arbeiten!
- Die einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 200,00 €* sowie den Jahresbeitrag in Höhe von
400,00 € habe ich auf das Konto des Qualitätszirkels überwiesen.
- Meine Praxis habe ich weniger als 3 Jahre. Die für mich relevante einmalige Aufnahmegebühr in Höhe
von 100,00 €* sowie den Jahresbeitrag in Höhe von 200,00 € habe ich auf das Konto des Qualitätszirkels
überwiesen (mein Jahresbeitrag erhöht sich auf 400,00 € nach Abschluß des 3. Jahres mit eigener Praxis).
- Ich habe noch keine eigene Praxis. Die für mich gültige einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 40,00 €*
sowie den Jahresbeitrag in Höhe von 80,00 € habe ich auf das Konto des I.M.U. Qualitätszirkels überwiesen
(mein Jahresbeitrag erhöht sich auf 200,00 € sobald ich eine Praxis habe und auf 400,00 € wenn ich diese
länger als 3 Jahre habe).

*gilt nicht für Teilnehmer des Diplomantentreffens 2008

Lastschriftauftrag

Ich möchte den Verwaltungsaufwand möglichst gering halten und gestatte dem I.M.U. Qualitätszirkel bis auf Wider-
ruf die fällige Aufnahmegebühr und den fälligen Jahresbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber: _____ Konto: _____

BLZ: _____ Bank: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Per Fax an: +49 (0) 4344 81 96 – 21