



DGfS

Deutsche Gesellschaft
für Systemaufstellungen

Geschäftsstelle:

Von-Beckerath-Platz 7

47799 Krefeld

Tel: 02151/6563-128

Fax: 02151/6566-147

dgfs@systemaufstellung.com

www.systemaufstellung.com

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGfS

Ich beantrage die Fördermitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen DGfS

Einmalige Aufnahmegebühr 20 Euro
Jahresgebühr 80 Euro*

Ich befinde mich in Ausbildung zum / zur SystemaufstellerIn

Ausbildungszeit: _____ bis _____

Jahresgebühr 60 Euro

Ich interessiere mich außerdem für die Voraussetzung zur Aufnahme als von der DGfS anerkannte/r SystemaufstellerIn.

Ich bin bereits Abonnent des DGfS Jahrbuches „Praxis der Systemaufstellung“

* Das Abonnement des Jahrbuches ist nach Ihrer Aufnahme als Fördermitglied im Jahresbeitrag von 80 € bzw. 60 € enthalten. Das Jahrbuch erscheint immer im Dezember.

Herr Frau

Vorname _____ Name _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____ Zusatz _____

Telefon _____ Email _____

Wie haben Sie von uns erfahren: _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Fax: +49 (0)2151/6566-147

E-Mail: dgfs@systemaufstellung.com

Bitte faxen, mailen oder schicken Sie uns das Formular ausgefüllt zu.



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: DGfS Deutsche Gesellschaft für Systemaufstellungen e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Straße / Hausnummer: Von-Beckerath-Platz 7 PLZ / Ort: 47799 Krefeld Land: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000857570
Mandatsreferenz: Wird nachgereicht
Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Straße / Nr.: PLZ / Ort: Land:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)
BIC (8 oder 11 Stellen)
Ort: Datum:
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Hinweis: Im Rahmen des Auftragsverhältnisses werden die Daten elektronisch gespeichert. Die vertrauliche Behandlung der Daten wird zugesichert.