



Verband der Pilates-Trainer in Medizin & Sport e.V.

www.Verband-PilatesTrainer.de | info@Verband-PilatesTrainer.de
Rothschwaiger Strasse 40
D-82256 Fürstenfeldbruck
Telefon/Fax 08141 525213

An den
Verband der Pilates-Trainer in
Medizin & Sport e.V.
Rothschwaiger Straße 40

82256 Fürstenfeldbruck

Antrag ausgefüllt mit - Kopie des Pilates-Zertifikates
- Berufsausbildung an nebenstehende Adresse senden.

Nach Prüfung des Antrages erhalten Sie eine Zahlungsaufforderung.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 10,00/Jahr

Antrag auf Mitgliedschaft

Vor- u. Zuname:	Geb.Datum:
Praxis/Herr/Frau:	
PLZ/Ort:	Straße/Nr.:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	
Website:	

Ich habe das _____ Pilates-Zertifikat - ausgestellt am: _____

Ich bin ausgebildete/r (Beruf): _____

Ich habe folgende Fort-/Weiterbildung in Pilates absolviert: _____ Datum: _____

Ich bestätige, dass ich die Satzung gelesen habe und mich mit dieser einverstanden erkläre.

Als Mitglied werde ich alle zwei Jahre an einer eintägigen Fortbildung teilnehmen.

Ich kann jederzeit aus dem Verein austreten. Die Kündigung ist schriftlich an den Verein zu senden. Ich versichere, dass oben genannte Angaben richtig und vollständig sind. Unrichtige Angaben führen zum Ausschluss aus dem Verband.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Eintrag auf die Website in den Bundesverband

Ich möchte mich auf die Website des Verband der Pilates-Trainer in Medizin & Sport e.V. eintragen lassen. Die Eintragung erfolgt nur in Verbindung mit der Mitgliedschaft und ist kostenfrei. Der Eintrag kann jederzeit geändert bzw. widerrufen werden.

Für den Eintrag wird keine Haftung übernommen.

(Pflichtangaben sind Vorname & Name – PLZ/Ort – Telefonnummer oder Mail-Adresse)

Vor- u. Zuname:	
Praxis/Herr/Frau:	
PLZ/Ort:	Straße/Nr.:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	
Website:	

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____