

Beitritts-Aufnahmeantrag

Titel / Firma

☐ Ja, ich möchte Mitglied der AARRR

(Austrian Association für Reincarnation
Research and Regression) werden.

Vorname

Nachname

Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

Geburtsdatum

TT MM JJJJ

(nur bei natürlichen Personen)

Anschrift (Strasse/Nummer)

PLZ

Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

E-mail

Homepage

Kategorie der Mitgliedschaft

☐ ordentlich

☐ außerordentlich

☐ assoziiert

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärungen

☐ Ich lege diesem Antrag eine Kopie meiner Ausbildungen (Diplom oder Zertifikate für Rückführung und Clearing) bei.

Sollte die Ausbildung nicht von denen im Verband angeführten Lehren und Richtlinien erfolgt sein, lege ich auch eine genaue Ablaufbeschreibung meiner Rückführungsmethode bei.

☐ Ich bin weiters mit der Veröffentlichung meines Namens sowie meiner Telefonnummer, E-mail- und Web - Adresse auf der Homepage sowie auf Aussendungen des Verbandes einverstanden. Dieses Einverständnis ist jederzeit widerrufbar.

☐ Ich wünsche **ausdrücklich keine Veröffentlichung** meiner Daten auf der Homepage sowie auf Aussendungen des Verbandes.

☐ Ich nehme auch zur Kenntnis, dass meine Mitgliedschaft erst mit Annahme des Antrages durch den Verband und Bezahlung des Mitgliedsbeitrages entsprechend der Kategorie gültig ist.

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung des Verbandes auf [www. rueckfuehrungsverband.at/datenschutzerklaerung](http://www.rueckfuehrungsverband.at/datenschutzerklaerung) gelesen und nehme diese ausdrücklich zur Kenntnis und bin mit der Verarbeitung meiner Daten in der für die Mitgliedschaft erforderlichen Art einverstanden.

Unterschrift