

T.O.C. Berufsverband Training  
Organisationsberatung Coaching e.V.  
c/o Dipl.-Ing. Roland Schulz  
Auf der Rotbitz 16  
57614 Niederwambach

## AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage, als Mitglied in den Berufsverband Training Organisationsberatung Coaching e. V. aufgenommen zu werden und wähle folgende Mitgliedsart:

- Aktive Mitgliedschaft**
- Junioren-Mitgliedschaft**
- Sponsoren-Mitgliedschaft**
- Aktive Firmenmitgliedschaft**
- Sponsoren-Firmenmitgliedschaft**

(Bitte die nachstehenden Anlagen ausfüllen und dem Antrag beifügen).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, von der Satzung Kenntnis genommen zu haben. Den Scientology-Revers und die Erklärung zur Anerkennung des Berufskodex füge ich unterschrieben meinem Antrag hinzu. Sollte ich das Zertifikat für die Anerkennung des Berufskodex bereits über einen anderen Trainerverband erhalten haben, bestätige ich dies schriftlich.

(Ort, Datum)

---

(Vorname Name)

---

(Unterschrift)

## Profil der Antragstellerin, des Antragstellers

Name	Vorname
Titel	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon / Telefax	Mobil
E-Mail	Homepage
Berufsausbildung/Studium	Trainer-/Berater Tätigkeit seit ...
Freiberuflich/selbständig tätig seit ...	Ggf. Name des Unternehmens
Angestellt als	Angestellt bei
Referenzen	Themenspektrum Ihres Trainings- und Beratungsangebotes

## Ausbildungen

Ich bestätige, folgende Ausbildung(en) und Zusatzqualifikationen abgeschlossen zu haben:

Ausbildung:	Beginn:	Ende:	Umfang: Tage/U-Stunden:
Trainerausbildung Bei:			
Beraterausbildung Bei:			
Coaching-Ausbildung Bei:			
Organisationsberater- Ausbildung Bei:			
Zusatzqualifikation:			
Zusatzqualifikation:			
Zusatzqualifikation:			
Zusatzqualifikation:			
Die Zertifikate/Nachweise habe ich in Kopie beigelegt.			

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

## Distanzierung von Scientology

T.O.C. Berufsverband für Training Organisationsberatung Coaching e. V. distanziert sich vom Gedankengut und dem Vorgehen der Scientologen. Auf Beschluss der Mitgliederversammlung vom 15.09.1996 wird von allen Mitgliedern und Neuantragstellern die Unterschrift unter folgenden Revers erbeten:

1. Ich erkläre, dass ich nicht nach der Technologie von L. Ron Hubbard arbeite und dass meine Trainings und Beratungen nicht nach dieser Technologie durchgeführt werden. Ich lehne es ab, die Technologie von L. Ron Hubbard für Trainings- und Beratungszwecke anzuwenden.
2. Ich erkläre, dass ich auch zukünftig nicht nach der Technologie von L. Ron Hubbard arbeiten werde und dass meine Trainings und Beratungen auch zukünftig nicht nach dieser Technologie durchgeführt werden.

---

(Ort, Datum)

---

---

(Vorname Name)

---

---

(Unterschrift)

---

## Erklärung der Anerkennung des „Berufskodex für die Weiterbildung“ und Richtlinie zur Vergabe des Siegels

### Qualität - Transparenz – Integrität



1. Das o. a. Siegel wird an die Mitglieder der Mitgliedsorganisationen des "Forum Werteorientierung in der Weiterbildung e.V." (FWW) vergeben, wenn diese den "Berufskodex für die Weiterbildung" schriftlich anerkannt haben. Das Siegel gilt ausschließlich für die Person des Siegelträgers und nicht für Unternehmen, Institute oder andere Körperschaften. Nur der Siegelträger ist berechtigt, das Siegel zu Werbezwecken auf Homepages, Briefbögen, Visitenkarten etc. zu benutzen. Er ist nicht Mitglied im FWW, sondern verpflichtet sich, nach den ethischen Richtlinien und im Sinne des Berufskodex für die Weiterbildung des Forum Werteorientierung in der Weiterbildung e.V. zu handeln und ist dadurch berechtigt das Siegel Qualität - Transparenz - Integrität zu führen.
2. Als Nachweis der Mitgliedschaft und Anerkennung des Berufskodex wird diese „Erklärung der Anerkennung des Berufskodex für die Weiterbildung und Richtlinie zur Vergabe des Siegels“ vom zukünftigen Siegelträger unterschrieben und an die Mitgliedsorganisation gesandt. Die Mitgliedsorganisation verpflichtet sich, eine Kopie dieser Erklärung an das FWW zu schicken. Der Unterzeichner erhält von seiner Mitgliedsorganisation ein Zertifikat, das bestätigt, dass er den Berufskodex unterzeichnet hat.
3. Wer das Siegel für seine Kommunikation auf Homepage oder Flyer verwenden möchte, bekommt von seiner Mitgliedsorganisation den Zugang zum Download.
4. Das FWW ist berechtigt, die Daten des Siegelträgers in einer Datenbank festzuhalten. Diese Datenbank dient lediglich internen Zwecken und zur Auskunft gegenüber Nachfragern, die ihr Interesse an der Auskunft ausdrücklich glaubhaft gemacht haben. Die Daten dürfen nicht zum Nachteil des Siegelträgers verwendet werden.
5. Unter folgenden Voraussetzungen darf das Siegel nicht mehr verwendet werden:
  - a) bei von der Beschwerdestelle geahndeten Verstößen gegen den Berufskodex;
  - b) bei Austritt aus dem Mitgliedsverband ohne Übergang in einen anderen Mitgliedsverband;
  - c) wenn der Siegelträger nicht mehr als Weiterbildner arbeitet.
6. Wenn das Siegel aberkannt wurde, besteht keine Berechtigung mehr, es zu benutzen. Dies wird von der Mitgliedsorganisation und dem FWW überprüft.

<input type="checkbox"/> Ich verpflichte mich, nach den ethischen Richtlinien und im Sinne des „Berufskodex für die Weiterbildung“ zu handeln.	
<input type="checkbox"/> Ich erlaube dem T.O.C. e.V. und dem FWW e.V. diesbezüglich die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner Daten. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift:	
Name, Vorname des Siegelträgers:	Institut:
Straße:	PLZ, Ort:
Ausgeübter Beruf	Ort, Datum, Unterschrift:

**Bitte ausfüllen und an den T.O.C. e.V., Claudia Grötzebach, Hauptstr. 389, 51465 Bergisch Gladbach senden!**  
**Bestätigung durch den Verband: Die Mitgliedschaft im T.O.C. e.V. bestätigen wir.**

**Vermerk für Mitgliedsverband: Per FAX / E-Mail / Brief an FWW e.V. am:**  
 (Stand 01/01/2017)

**Unterschrift**

<b>SEPA - Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften</b>	
<b>Name des Zahlungsempfängers:</b> T. O. C. Berufsverband Training Organisationsberatung Coaching e. V.	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers:</b> Auf der Rotbitz 16 57614 Niederwambach	<b>Land:</b> Deutschland
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b> DE83ZZZ00000180447	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><b>Hinweis:</b> 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.</p> <p>Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Mir ist bekannt, dass etwaige Rücklastschriftgebühren von mir zu tragen sind.</p>	
<b>Zahlungsart:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	<b>Land:</b>
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):</b> _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _	
Das SEPA – Lastschriftmandat ist gültig ab sofort.	
<b>Ort:</b>	<b>Datum (TT/MM/JJJJ):</b>  _ _ _ _ - _ _ - _ _
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen {Kontoinhaber}	