

DHAMMACARI
VIPASSANA-MEDITATIONSZENTRUM E. V.
VIPASSANA MEDITATION CENTER



Die Hauptaufgabe des Vereins „Dhammacari Vipassana-Meditationszentrum e. V.“ ist es, jedem ernsthaft Interessierten die Vipassana Meditation nach der Methode des Ehrwürdigen Ajahn Tong Sirimangalo (Phra Raja Prommajahn) in einer für die heutige Zeit verständlichen Form darzulegen, die Möglichkeit zu ihrer Vertiefung zu geben und den Mitgliedern und Meditationsfreunden bei deren Anwendung im täglichen Leben behilflich zu sein.

Zur Realisierung der oben genannten Aufgabe setzt der Verein als Ziel, ein Vipassana-Meditationszentrum zu gründen und zu unterhalten. Die Finanzierung soll über Spenden erfolgen.

Mitglieder und Meditierende sind jederzeit willkommen, dort zu meditieren.

The main purpose of „Dhammacari Vipassana Meditation Center e. V.“ is to show and explain in a nowadays understandable way the Vipassana Meditation as it is taught by the Venerable Ajahn Tong Sirimangalo (Phra Raja Prommajahn). Intended for every seriously interested person, the association emphasizes on offering the members and friends of meditation an opportunity to consolidate their meditation practice. Further on assisting them in applying the Vipassana Meditation to daily life.

To realize this purpose the association aims to establish and maintain a Vipassana Meditation Center. The costs are supposed to be covered by donations.

Members and all seriously interested persons are welcome to meditate there any time.

Aufnahme-Antrag / membership application

Zur Unterstützung dieser Ziele trete ich dem Verein „Dhammacari Vipassana-Meditationszentrum“ als Mitglied bei. Ich erkläre mich bereit einen Jahresbeitrag von € 25,00 zu entrichten.

To support the purpose of „Dhammacari Vipassana Meditation Center“ I am applying for membership of this association. I am willing to pay an annual membership fee of € 25,00.

Name/Vorname
name/firstname

PLZ / Wohnort
postcode/place

Straße / Hsnr.
street / housenumber

Telefon
phone

Fax:

E-Mail
E-Mail

Geb.-Dat.
date of birth

Beruf
profession

_____, den _____
Ort / place Datum / date

Unterschrift / signature