

DIE HEILPRAKTIKER e. V.

-Vorstand-
Waterloostraße 30
81476 München

Mitgliedsantrag

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied gemäß gültiger Satzung, von der ich Kenntnis genommen habe, im Berufsverband DIE HEILPRAKTIKER e.V. als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ordentliches Mitglied (HeilpraktikerIn)
- Ordentliches Mitglied (HeilpraktikerIn - nichtpraktizierend)*
- Ordentliches Mitglied (HeilpraktikerIn - Mitglied in einem fachgebundenen Berufsverband)**
- Außerordentliches Mitglied (HPA)
- Förderndes Mitglied

zum _____ (Datum / immer der Monatserste)

Ich bin

- HeilpraktikerIn** **HeilpraktikerIn Psychotherapie**
Eine Kopie meiner behördlichen Erlaubnis füge ich diesem Antrag als Anlage bei.

* Über eine Praxiseröffnung werde ich den Verband unverzüglich informieren.

- HeilpraktikeranwärterIn (HPA)

Ausbildung bei: _____ Selbststudium

Voraussichtlicher Überprüfungstermin: _____

- Anderes: _____ (für fördernde Mitglieder)

- Ich bin bereits Mitglied in einem fachgebundenen Berufsverband.

Name: _____

** Eine Kopie der neuesten Beitragsrechnung füge ich diesem Antrag als Anlage bei. Die laufende Beitragsrechnung sende ich jährlich – ohne gesonderte Aufforderung – an die DIE HEILPRAKTIKER e. V.

Ein aktuelles Passbild füge ich bei: digital per E-Mail per Post
(am besten quadratisch 250x250 Pixel)

- Ich beantrage gegen Kostenerstattung einen Praxisstempel. Der dafür fällige Betrag soll per Lastschrift eingezogen werden.

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Geb. am _____ in _____ Staatsangehörigkeit _____

Privatanschrift:

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel _____ Fax _____ Mobil _____

E-Mail _____ Web _____

Praxisanschrift, falls abweichend:

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel _____ Fax _____ Mobil _____

E-Mail _____ Web _____

Lastschrift-Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat *

Ich ermächtige DIE HEILPRAKTIKER e.V., Berufsvertretung & Förderung der Naturheilkunde, München, widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von DIE HEILPRAKTIKER e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

* Bei Nichterteilung des SEPA-Lastschriftmandats und Zahlung per Rechnung werden zusätzlich (einmalig) 5 Euro Verwaltungsgebühr berechnet.

IBAN _____ BIC _____

Kontoführende Bank _____ Kontoinhaber _____

Die jeweilig gültigen Mitgliedsbeiträge bezahle ich: jährlich vierteljährlich

Die Datenschutzerklärung von DIE HEILPRAKTIKER e.V. zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung von Mitglieder Daten habe ich gelesen, ich erkläre dazu meine Einwilligung. Gleichzeitig bin ich mit der Zusendung eines Newsletters einverstanden. Diese Einwilligungen sind jederzeit widerrufbar.

Unterschrift _____

Ich bin kein Mitglied einer rechtlich umstrittenen Gruppierung.

Mit Unterzeichnung versichere ich die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____

Druckschrift _____