

**DIE HEILPRAKTIKER e. V.**

-Vorstand-  
Waterloostraße 30  
81476 München

## Mitgliedsantrag

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Geb.am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Web \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied im Berufsverband **DIE HEILPRAKTIKER e.V.** gemäß gültiger Satzung, von der ich Kenntnis genommen habe, als

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

ab dem \_\_\_\_\_

(Datum / immer der Monatserste)

Ich bin

- HeilpraktikerIn**  **HeilpraktikerIn Psychotherapie**

Eine Kopie meiner behördlichen Erlaubnis füge ich diesem Antrag als Anlage bei.

\*Über eine künftige Erteilung der HP-Erlaubnis und/oder eine Praxiseröffnung werde ich den Verband unverzüglich informieren.

- HeilpraktikeranwärterIn (HPA)

Schule: \_\_\_\_\_

- Selbststudium

Voraussichtlicher Überprüfungsstermin: \_\_\_\_\_

- 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.

**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) 10,00 Euro Verwaltungsgebühr berechnet.)

KontoinhaberIn falls nicht AntragstellerIn: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Kontoführende Bank \_\_\_\_\_

Die jeweilig gültigen Mitgliedsbeiträge bezahle ich:  jährlich zum 01.01.  vierteljährlich

Die Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen, ich erkläre dazu meine Einwilligung. Gleichzeitig bin ich mit der Zusendung eines Newsletters einverstanden. Diese Einwilligungen sind jederzeit widerrufbar.

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

Mit Unterzeichnung bestätige ich die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

**Ort/Datum** \_\_\_\_\_

Unterschrift AntragstellerIn