

Bitte für
unsere Akten
2-fach ausfüllen!

BDHN

Weiglstr. 9, 80636 München
Tel. 089/601 84 29 - Fax 089/601 79 13
www.bdhn.de E-Mail: sekretariat@bdhn.de
Internet



**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Bund Deutscher Heilpraktiker
und Naturheilkundiger e.V.**

Die Satzung des BDHN e.V. erkenne ich an!

Privatanschrift:

Name:..... Vorname:..... Titel:.....

Geburtsdatum:..... Geburtsort:..... Staatsang:.....

Straße:..... PLZ, Ort:.....

Telefon:..... Fax:.....

e-mail:..... Mobil-Tel:.....

Ich bin zugelassener Heilpraktiker (HP) seit:..... Bitte Kopie der Zulassung beilegen!

Praxisanschrift:

Straße:..... PLZ, Ort:.....

Telefon:..... Fax:.....

e-mail:..... Web-Site:.....

Ich bin Heilpraktiker-Anwärter (HPA)

in Ausbildung bei:..... seit:.....

Ich bestelle die kostenfreie Verbandszeitschrift CoMed, ja nein
Zustellgebühr jährlich € 10 (europ. Ausland € 20)

Laut § 6 der Satzung ist der Mitgliedsbeitrag im Voraus zu entrichten!

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG: (andere Zahlungsweise nicht möglich)
Buchen Sie bitte meinen Mitgliedsbeitrag jeweils bei Fälligkeit von meinem Konto vierteljährlich ab:

Konto Nr.:..... Bankleitzahl:.....

Bank:..... Kontoinhaber:.....

Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt: HP: € 16 HPA: € 8

Datum:..... Unterschrift:.....

Bitte beifügen: 2 Beitrittsformulare, 1 Passbild, bei HP Kopie des Zulassungsbescheides