

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

Mit der Aufnahme in den BDHN e.V. erkenne ich die Satzung des BDHN e.V., die Ethikrichtlinien des BDHN e.V. sowie die Berufsordnung der Heilpraktiker an.

Privatanschrift:

Name: Vorname: Titel:
Straße: PLZ, Ort:
Telefon: Fax:
Mobil-Tel: E-Mail:
Geburtsdatum: Geburtsort: Staatsang:

- Ich bin Heilpraktiker-Anwärter (HPA) in Ausbildung bei: seit:
 - Ich bin kein Heilpraktiker und bereite mich auch nicht auf die Heilpraktikerüberprüfung vor, unterstütze jedoch die Ziele und Bestrebungen des BDHN e.V. (unterstützendes Mitglied).
 - Ich bin zugelassener Heilpraktiker (HP), beschränkt auf den Bereich der:
 - Ich bin zugelassener Heilpraktiker (HP)
Ich bin HP seit:
- Bitte Kopie der Zulassung beilegen! Falls vorhanden, bitte Praxisanschrift eintragen:

Praxisanschrift:

Straße: PLZ, Ort:
Telefon: Fax:
Webseite: E-Mail:

Ich bestelle die 10x pro Jahr erscheinende Verbandszeitschrift Ja Nein

Die Zeitschrift ist für Mitglieder des BDHN e.V. kostenfrei, es fällt jedoch eine jährliche Versandgebühr in Höhe von 12,00 € pro Jahr innerhalb Deutschlands an.

Bitte beachten Sie: Die Zeitschrift enthält einen juristischen, praxisrelevanten Innenteil!

Laut § 7, 7.3 der Satzung ist der Mitgliedsbeitrag im Voraus zu entrichten und wird quartalsweise eingezogen. Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt für: HP 20,- € HPA 10,- €

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG: (andere Zahlungsweise nicht möglich)

Ich ermächtige den BDHN e.V. vierteljährlich Zahlungen (Mitgliedsbeitrag sowie Versandkosten für die Mitgliedszeitschrift) von meinem Konto einzuziehen.:

IBAN: BIC:

Bank: Kontoinhaber:

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte beifügen: Foto / Passbild

Auflistung der (beabsichtigten) Therapie- und Diagnosearten
als HP Kopie des Zulassungsbescheides

- Ich wurde von folgendem BDHN-Mitglied geworben:
- Weitere Mitgliedschaften in anderen Berufsverbänden:

Bitte nicht ausfüllen - für interne Bearbeitung: Internet 2020	<input type="checkbox"/> Atrium
<input type="checkbox"/> Liste	<input type="checkbox"/> MG-Beitrag: _____
<input type="checkbox"/> DB	<input type="checkbox"/> Beitrag Zeitung: _____
<input type="checkbox"/> Karte	<input type="checkbox"/> Prämie: _____
<input type="checkbox"/> Ausweis	
<input type="checkbox"/> FFB	
<input type="checkbox"/> Zeitung	