



AUFNAHMEANTRAG UND MITGLIEDSBOGEN

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein
Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. als:

- ordentliches Mitglied
(wer berechtigt ist zur berufsmäßigen Ausübung der [Heilkunde ohne Bestallung](#))

Ich bin von der unteren Verwaltungsbehörde in:
am: als Heilpraktiker zugelassen worden

- außerordentliches Mitglied
(Vorbereitung der Ausübung der [Heilkunde ohne Bestallung](#) oder sonstige Personen,
die die Interessen des Verbandes fördern und unterstützen wollen)

Vorname: Nachname: Geb.datum:

Meine Privatanschrift:

Straße: Tel.:

PLZ: Wohnort:

E-Mail Adresse:

Meine Praxisanschrift:

Straße: Tel.:

PLZ: Wohnort:

E-Mail Adresse:

Internet Homepage:

Den Schriftverkehr mit der UDH- RLP bitte führen über (entsprechendes bitte ankreuzen)

- Privatanschrift Praxisanschrift

Folgende Behandlungs- bzw. Diagnoseverfahren übe ich bevorzugt aus (bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Elektroakupunktur | <input type="checkbox"/> Lymphdrainage | <input type="checkbox"/> Atemtherapie |
| <input type="checkbox"/> Fußsohlenreflexmassage | <input type="checkbox"/> Magnetopathie | <input type="checkbox"/> Autogenes Training | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie | <input type="checkbox"/> Braunscheidt | <input type="checkbox"/> Einzelmittel | <input type="checkbox"/> Ozontherapie |
| <input type="checkbox"/> Biochemie | <input type="checkbox"/> Komplexe | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Blutegel |
| <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Schröpfen | <input type="checkbox"/> Chiropraktik | <input type="checkbox"/> Irisdiagnose |
| <input type="checkbox"/> Spagyrik | <input type="checkbox"/> Diätetik | <input type="checkbox"/> Zellbehandlung | |

Sonstiges: (bitte angeben):

Ich bin damit einverstanden, daß meine Praxisdaten in der UDH-RLP Therapeutenliste im Internet veröffentlicht werden. (bitte ankreuzen wenn Sie damit einverstanden sind)

Ich wäre in der Lage und bereit, innerhalb des Verbandes an bestimmten Aufgaben mitzuarbeiten, z.B. in der Fortbildung auf bestimmten Fachgebieten:

Sonstige Angaben:

Folgende Belange sehe ich als die vordringlichsten Aufgaben meines Berufsverbandes an:

.....

Datum/Unterschrift

weiter auf Seite 2

UNION DEUTSCHER HEILPRAKTIKER
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
Tiroler Straße 43
67067 Ludwigshafen

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich

Vorname: Nachname: Geb.datum:
beauftragte hiermit den Verein Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. bis zu
meinem schriftlichen Widerruf die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten
meines Kontos Nr.: Bankleitzahl:
Kreditinstitut:
einzuziehen.

Der Beitrag (zur Zeit jährlich 192,00 € bei ordentlichen Mitgliedern bzw. 96,00 € bei außerordentlichen
Mitgliedern) soll

½ jährlich jährlich

von meinem Konto abgebucht werden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum/Unterschrift

Stempel

Die beiden Seiten **AUFNAHMEANTRAG UND MITGLIEDSBOGEN** und
EINZUGSERMÄCHTIGUNG ausfüllen und an die obige Adresse schicken.
Zusätzlich bitte noch **2 Passbilder** beilegen für den Mitgliederausweis. Von den ordentlichen Mitglieder
benötigen wir noch eine Kopie der **Erlaubnisurkunde**.
Das obige Adressfeld passt in einen DIN lang Umschlag (220 x 110 mm)

=====
Bitte nicht ausfüllen – nur für interne Bearbeitung

1. Abbuchung am :

Höhe der 1. Abbuchung:

Beitrag: €

+ Aufnahmegebühr (einmalig): 25,00.€

Insgesamt: €