

# Heilpraktikerverband Bayern e.V.

Landesverband des Fachverband Deutscher Heilpraktiker

Baumkirchner Str. 20, 81673 München

## Beitrittserklärung

Eintritt zum \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Heilpraktikerverband Bayern e.V.

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

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Praxis: PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Str. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Ich unterstelle mich der Berufsaufsicht nach den Bestimmungen der Satzung und der Berufsordnung.

## Angaben zur Berufsausübung

Erlaubnis erhalten am \_\_\_\_\_ durch (Behörde) \_\_\_\_\_

**(Bitte Kopie beifügen!)**

Ausbildung als Heilpraktiker/in erfolgte durch \_\_\_\_\_

Ich habe assistiert bei \_\_\_\_\_

Als Heilpraktiker/in tätig seit \_\_\_\_\_

Frühere Berufe \_\_\_\_\_

Ich bin hauptberuflich als Heilpraktiker/in tätig

Ich bin nebenberuflich tätig als \_\_\_\_\_

Ich bin bereits Mitglied im Heilpraktikerverband \_\_\_\_\_

Ich bin bisher aus keinem anderen FDH-Landesverband ausgeschlossen worden

Ich versichere, dass ich weder nach der Ron L. Hubbard Technologie ausgebildet worden bin, noch diese anwende und kein Mitglied der Scientology-Organisation bin.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Heilpraktikerverband Bayern e.V., die von mir (uns) zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift wie folgt einzuziehen:

- |                          |                 |    |       |       |       |        |
|--------------------------|-----------------|----|-------|-------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> | vierteljährlich | am | 15.3. | 15.6. | 15.9. | 15.12. |
| <input type="checkbox"/> | halbjährlich    | am | 15.3. | 15.9. |       |        |
| <input type="checkbox"/> | jährlich        | am | 15.6. |       |       |        |

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Heilpraktikerverband Bayern e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE70ZZZ00000616502 Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom Verband ausgefüllt)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

# Heilpraktikerverband Bayern e.V.

Landesverband des Fachverband Deutscher Heilpraktiker

Baumkirchner Str. 20

81673 München

Tel: +49-(0)89 - 43 55 260

Fax: +49-(0)89 – 43 55 26 50

Email: [info@heilpraktikerverband-bayern.de](mailto:info@heilpraktikerverband-bayern.de)

---

Bitte der vollständig ausgefüllten Beitrittserklärung beilegen:

- Ihre Erlaubnisurkunde zur Ausübung der Heilkunde in Kopie
- Ein kurzer Lebenslauf mit Angaben zum beruflichen Werdegang und Vorbereitung auf den Beruf des Heilpraktikers / der Heilpraktikerin mit Kopien der im Lebenslauf angegebenen Abschlüsse
- Ein aktuelles Passbild