



Beitrittserklärung

Bitte ausgefüllt übersenden an:

FH- Freie Heilpraktiker e.V., Benrather Schloßallee 49-53, 40597 Düsseldorf

Hiermit erkläre ich gemäß gültiger Satzung mit Wirkung ab _____

meinen Beitritt in den Berufs- und Fachverband FH - Freie Heilpraktiker e.V.

Der Beitrag beträgt für Heilpraktiker 18,-- Euro mtl. (216,-- Euro im Jahr), für Berufsanwärter 10,-- Euro mtl. (120 Euro im Jahr) und fördernde Mitglieder mind. 10,-- Euro mtl. (120,-- Euro im Jahr) (Stand 2009).

Evtl. Beitragserhöhungen erfolgen durch Beschluß der Mitgliederversammlung.

Den Beitrag zahle ich 1/4-, 1/2-, 1/1-jährlich* im voraus.

Ich bin Heilpraktiker(in) - Heilpraktikeranwärter(in): HP / HpA*

Eine Kopie meiner Zulassungsurkunde füge ich bei / sende ich nach*

* Nicht zutreffendes bitte streichen

Ich bin in Ausbildung bei der Schule: _____

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Tel.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

E-mail: _____

Die Verbandsutensilien wie Mitgliedsausweis (Berufs-Ausweis für Heilpraktiker oder Berufsanwärter-Ausweis für Berufsanwärter) sowie der Verbandsstempel sind Eigentum des Vereins. Ich bin einverstanden, dass meine das Mitgliedschaftsverhältnis betreffenden Daten im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Verbandsmitgliedschaft und entsprechend Vorgaben der Datenschutzerklärung des Verbandes erhoben sowie elektronisch verarbeitet und genutzt werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer DE69FHP00000477034
Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den "Freie Heilpraktiker e.V." widerruflich, die von mir zu einrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den "Freie Heilpraktiker e.V.", Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem "Freie Heilpraktiker e.V." auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC) _____ / _____

DE __ / __ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN

Abuchungsintervall: 1/4- , 1/2- , 1/1 -jährlich*.

Datum, Ort und Unterschrift

*Nichtzutreffendes bitte streichen!

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT MIT

Vorname und Name