



## **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/Hausnr.: ..... Tel.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

E-Mail Adresse: .....

### **Meine Praxisanschrift:**

Straße/Hausnr.: ..... Tel.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

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

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

# SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000376982

UNION DEUTSCHER HEILPRAKTIKER  
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.  
Am Pfarrgarten 12  
56291 Lingerhahn

Hiermit ermächtige ich die Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Rheinlandpfalz e.V. die im Rahmen der Mitgliedschaft anfallenden Beiträge und Gebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom der Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Rheinlandpfalz 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.

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

½ jährlich                       jährlich

Wiederkehrend von meinem Konto abgebucht werden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name des Zahlungspflichtigen: .....

Straße/Hausnr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Name des Kontoinhabers.: .....

IBAN: ..... Swift Code (BIC): .....

Name der Bank: .....

Datum/Unterschrift

Stempel

Die beiden Seiten **AUFNAHMEANTRAG UND MITGLIEDSBOGEN** und **SEPA-Lastschriftmandat** 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 : ..... Mandatsreferenz: UDH-RLP.....

Höhe der 1. Abbuchung:

Beitrag: ..... €

+ Aufnahmegebühr (einmalig): ..... 25,00 €

Insgesamt: ..... €