

Union Deutscher Heilpraktiker

Landesverband Berlin- Brandenburg e.V.

c/o Frank Haseloff

Friedrich-Ebert-Str. 57, 14469 Potsdam

Fon: 0331 – 20 10 958

Fon: 030 - 890 419 33

Fax: 03212 - 6139260



®

AUFNAHMEANTRAG

Name _____ Vorname _____
Familienstand _____ Geb.Name _____
Geb.Tag _____
Wohnort _____ Strasse _____
Telefon _____ Telefax _____
E-Mail _____ Homepage _____

Praxisanschrift

Plz/Ort _____
Strasse _____ Telefon _____
Fachgebiet _____

Ich bin staatlich zugelassene/r Heilpraktiker/in.

**Anlage: Fotokopie der Zulassung
1 Passbild**

Ich versichere, dass ich aus keinem Verband ausgeschlossen wurde.

Ich bin in der Heilpraktiker-Ausbildung seit _____
Die Ausbildung erfolgt durch _____
Mein z.Zt. ausgeübter Beruf ist _____
Mein erlernter Beruf ist _____

Als Studierender bin ich gemäß der Satzung des Landesverbandes "Außerordentliches Mitglied".

Ich gehöre z.Zt. keinem/dem Berufsverband _____ an.

Anlage: 1 Passbild

Ich bin Fördermitglied bitte ankreuzen

Die Aufnahmegebühr **10,-€**
Der monatliche Beitrag:
1.) ordentliches Mitglied (Heilpraktiker/Innen) **15,-€**
2.) außerordentliches Mitglied (Studierende) **12,-€**
3.) Fördermitglied **20,-€**

Als Mitglied erhalten Sie kostenlos die „Zeitschrift für Naturheilkunde“. Sie tragen lediglich das Porto.

Ich bin auf die UDH-BB aufmerksam geworden durch: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers