

Landesverband Bayern e.V.  
Sekretariat  
Pöhlmannstraße 16  
80687 München

Pöhlmannstraße 16  
80687 München  
mail: info@udh-bayern.de  
web: www.udh-bayern.de  
Tel.: 089-17926467

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Bayern e.V. unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung als

- Vollmitglied (240,- € jährl.)
- Praxisanfänger/in (120,- für 1 Jahr)  
Anmeldung der Praxis am:
- HP-Anwärter/in (120,- jährl.)
- Fördermitglied (120,- jährl.)

Zeitschrift der Naturheilkunde der UDH  
**kostenlos**, Porto einmalig /Jahr 15,-  
wird abgebucht

Stempel:     ja     nein

**Anmeldegebühr einmalig 30,- Euro**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Telefax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Datum der Zulassung als Heilpraktiker:** \_\_\_\_\_

**Derzeit noch in Ausbildung bei (Schule/HP) seit:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Telefax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_ **Homepage:** \_\_\_\_\_

*Ich lege folgende Unterlagen bei:*

1. Passbild (per Post oder E-Mail)

2. Fotokopie der Erlaubnisurkunde

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

siehe nächstes Blatt: ***Einzugsermächtigung***

## **Einzugsermächtigung:**

Hiermit erteile ich der Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Bayern e. V. die Erlaubnis die Aufnahmegebühr sowie die fälligen Mitgliedsbeiträge (Mitgliedsbeitrag bedarf keiner gesonderten Rechnung) im Voraus , bis auf jederzeit möglichen Widerruf, von meinem

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

bei der \_\_\_\_\_

per Lastschrift einzuziehen. Sollte mein Konto zum Zeitpunkt des Bankeinzugs nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verband durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten.

Bitte ankreuzen

Abbuchung:  jährlich

halbjährlich

vierteljährlich

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

***Bitte achten Sie darauf, alle 3 Blätter zu unterschreiben!***

## Bestätigung

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geboren: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit dieser gesonderten Unterschrift, dass ich **nicht** von einem anderen  
Heilpraktiker-Verband durch den

### **UDH Landesverband Bayern e. V.**

als Mitglied abgeworben wurde:

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift