

## **Mitgliedschaft in der UDH Bayern – Allgemeines**

### **Vorbemerkung:**

Grundsätzlich besteht kein Rechtsanspruch auf eine Mitgliedschaft in unserem Berufsverband.

Anträge, die gestellt werden, müssen durch den jeweils aktuellen Vorstand geprüft werden. Dieser fasst dann einen Beschluss, ob der Antrag positiv oder negativ beschieden wird.

### **Warum der Antrag immer noch per Post kommen muss**

Aufgrund der Rechtslage ist es leider noch so, dass ein reiner Online-Antrag aufgrund unserer Stellung als Berufsverband nicht möglich ist. Daher muss der Antrag leider ausgedruckt und vor allem von Hand unterschreiben sein.

### **Wenn ein Antrag „negativ“ beschieden werden sollte**

Die an uns per Post gesendeten Unterlagen werden dann selbstverständlich Datenschutzkonform vernichtet oder auf Wunsch auch wieder zurückgesendet. Es entstehen dann für den Antragsteller / die Antragsstellerin keine Kosten.

### **Unsere Postanschrift:**

Union Deutscher Heilpraktiker  
Landesverband Bayern e.V.  
Postfach 60 08 12  
81208 München

## Wir benötigen von Ihnen folgende Unterlagen:

### als „ordentliches Mitglied“

- den **vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag**
- Eine **Kopie der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde** ohne Bestallung gemäß §1 Heilpraktikergesetz.  
oder analog für Heilpraktiker „Psychotherapie“
- Ein **Passfoto**, am besten Digital als JPG oder PNG Datei in entsprechender Auflösung (es muss nicht biometrisch sein)
- **Wenn Sie den reduzierten Beitrag für das erste Jahr nutzen wollen**, einen Nachweis (z.B. Bestätigung der Praxisanmeldung durch das zuständige Gesundheitsamt), wann Sie den Praxisbetrieb aufgenommen haben.

### als Heilpraktiker-Anwärter / Heilpraktiker-Anwärterin

- Einen Ausbildungsvertrag (Schulvertrag) oder die schriftliche Bestätigung eines Kollegen (dieser muss nicht zwingend Mitglied der UDH sein) mit der nachvollziehbar ist, dass er aktuell die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzt und aus der hervorgeht, dass er als „Ausbilder / Lehrer“ bei ihnen tätig wird / ist.

### als Fördermitglied

- den **vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag**

### Wie geht es nun weiter bis zur Mitgliedschaft:

Wir prüfen zunächst den Antrag. Grundsätzlich besteht nach unserer Satzung § 3.5 kein Rechtsanspruch auf Mitgliedschaft. Der jeweilige gewählte Vorstand entscheidet in der nächsten Vorstandssitzung über die Annahme oder Ablehnung (basierend auf § 3.2 der Satzung).

Die Mitgliedschaft beginnt dann jeweils mit dem ersten Tag des Folgemonates, in dem Sie vom Verband bestätigt wird (Satzung § 3.3) Selbstverständlich wird auch erst mit diesem Datum der Mitgliedsbeitrag berechnet.

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Union Deutscher Heilpraktiker bei dem Landesverband Bayern e.V.

Die **einmalige Anmeldegebühr** beträgt **45,00 Euro**.

**Ich möchte als:** (bitte Auswählen)

<input type="checkbox"/>	<b>Vollmitglied</b>	240 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	<b>Praxisgründer *</b>	120 Euro für das erste Jahr (ab dem zweiten Jahr dann 240 Euro)
<input type="checkbox"/>	<b>Heilpraktiker Anwärter *</b>	120 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	<b>Privates Fördermitglied</b>	120 Euro pro Jahr
<input type="checkbox"/>	<b>Unternehmen / Gewerbe als Fördermitgliedschaft</b>	individuelle Vereinbarung

\*

Nachweise erforderlich z.B. Anmeldung beim Gesundheitsamt für Neugründung oder z.B. Schul- bzw. Ausbildungsvertrag

## Meine Adressdaten:

### Private Adresse

bitte die Post an diese senden

Hier bitte Name und Vorname eintragen:

Hier bitte das Geburtsdatum (Tag – Monat – Jahr) eintragen:

Hier bitte Straße und Hausnummer eintragen

Hier bitte Postleitzahl und Ort eintragen:

Hier bitte eine Telefonnummer eintragen:

Weitere Telefonnummer (optional)

Hier bitte eine E-Mailadresse eintragen:

## Praxisadresse bzw. Firmenadresse (falls vorhanden)

- diese gibt es (noch) nicht
- bitte die Post an diese senden

Name der Praxis bzw. Firma
<input type="text"/>
Hier bitte Name und Vorname des Ansprechpartners
<input type="text"/>
Hier bitte Straße und Hausnummer eintragen
<input type="text"/>
Hier bitte Postleitzahl und Ort eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte eine Telefonnummer eintragen:
<input type="text"/>
Weitere Telefonnummer (optional)
<input type="text"/>
Faxnummer (optional)
<input type="text"/>
Hier bitte eine E-Mailadresse eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte eine Internetadresse eintragen (optional)
<input type="text"/>

## Einzugsermächtigung

Hiermit erteile ich der Union Deutscher Heilpraktiker – Landesverband Bayern e.V. die Erlaubnis die Aufnahmegerühr sowie die fälligen Mitgliedsbeiträge im Voraus, für maximal ein Jahr, bis auf Widerruf von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich der Kontoinhaber bin.

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

### Anmerkung:

Der Widerruf bedarf der Schriftform per Brief oder E-Mail an den Landesverband

Kontoinhaber	
Name des Geldinstitutes	
IBAN	
BIC	
Die Beitragszahlung per Abbuchung soll erfolgen: *	
<input type="checkbox"/>	vierteljährlich
<input type="checkbox"/>	halbjährlich
<input type="checkbox"/>	jährlich

\* Wir ziehen die Beiträge (je nach Zahlungsintervall ein) zum:

- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| bei jährlicher Zahlung:        | 15.02                         |
| bei halbjährlicher Zahlung:    | 15.02 - 15.08                 |
| bei vierteljährlicher Zahlung: | 15.02 - 15.05 - 15.08 - 15.11 |

## Datenschutz

Wir, die UDH Bayern e. V., nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Datenschutzvorschriften und ausschließlich für verbandsinterne Anliegen. Unseren Informationspflichten aus Art. 12 und 13 DS-GVO kommen wir wie folgt nach:

Verantwortlicher: Union Deutscher Heilpraktiker Landesverband Bayern e.V., Postfach 600812, 81208 München, [info@udh-bayern.de](mailto:info@udh-bayern.de), Tel.: 0160 - 42 49 92 3, vertreten durch den jeweils aktuellen gewählten Vorstand.

Zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung werden folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Kontodaten für die Sepa Lastschrift, gegebenenfalls Funktion im Verein (z. B. Beirat), Berufsstand, z.B. Heilpraktiker, Heilpraktiker Anwärter oder Fördermitglied.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich willige ein, dass meine E-Mail-Adresse für den Versand der Newsletters des Vereins genutzt wird. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Nachricht an die Kontaktdaten des Vereins widerrufen werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der genannten Daten ist Ihre Mitgliedschaft (Art. 6 Abs. 1 lit b DS-GVO) und Ihre Einwilligung (Bankdaten, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, soweit es den Versand des Newsletters betrifft) (Art. 6 Abs. 1 lit a DS-GVO).

Wir geben Ihre Daten (Name, Adresse, Mitgliedsnummer) zweckgebunden an den Bundesverband der Union Deutscher Heilpraktiker e. V. weiter, z. B. zur Mitgliederausweiserstellung und den Versand der Zeitschrift für Naturheilkunde. Wir speichern Ihre Daten für die Dauer Ihrer Mitgliedschaft und darüber hinaus, wenn es gesetzliche Aufbewahrungspflichten gibt, etwa steuerrechtlicher Art. Wenn die genannten Zwecke entfallen, werden die Daten gelöscht.

Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft bezüglich Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten, sowie ein Recht auf Berichtigung, Löschung dieser Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie auf Übertragbarkeit der Daten. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten können Sie sich jederzeit unter o. g. Adresse an uns wenden. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (z.B. bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht gewährleistet.

**Fördermitglieder erhalten keinen Mitgliedsausweis**

– daher benötigen wir auch kein Foto und untenstehende Einwilligung ist irrelevant

## Einwilligung zur Nutzung ihres Fotos für einen Mitgliedsausweis

### Gegenstand:

Fotografische Aufnahme

### Verwendungszweck:

Die fotografischen Aufnahmen dienen **ausschließlich zum Zweck der Mitglieder-Ausweis-Erstellung** über den Bundesverband der Union Deutscher Heilpraktiker e. V.

Zu diesem Zweck werden das Foto und die folgenden Daten an den Bundesverband weitergegeben:

Anrede, Berufsstand (Hp, HpA), Name und Anschrift, Mitgliedsnummer.

### Erklärung:

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der vorstehend beschriebenen Datenweitergabe und der unentgeltlichen Verwendung der fotografischen Aufnahmen seiner Person für den oben beschriebenen Zweck. Eine Verwendung der fotografischen Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahmen an Dritte ist unzulässig. Das Einverständnis erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Dem Unterzeichner ist bewusst, dass der Nutzer nur unter Berücksichtigung seiner technischen, organisatorischen und finanziellen Mittel den Widerruf umsetzen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Mitgliedsantrag stelle, mit der Datenschutzerklärung einverstanden bin und der Weitergabe meiner Daten für die Erstellung von einem Mitgliedsausweis und / oder Stempel einverstanden bin.