

Ausdrucken, ausfüllen und mit Unterlagen abschicken.  
Zum Versand im Fensterkuvert:

UNION DEUTSCHER HEILPRAKTIKER  
Landesverband Bayern e.V.  
Sekretariat  
Pöhlmannstraße 16  
80687 München

Pöhlmannstraße 16  
80687 München  
Tel.: 089-17 92 646-7  
mail: info@udh-bayern.de  
web: www.udh-bayern.de

Praxisstempel (gut leserlich!)

## Anmeldung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **UDH Landesverband Bayern e. V.**

Die Satzung des **UDH Landesverband Bayern e. V.** - erkenne ich an und lege für meiner Anmeldung bei:

- dieses Anmeldeformular
- Erfassungsangaben meiner Therapien für die Heilpraktiker-Datenbank des Verbandes im Internet (formlos/freiwillig)
- Kopie der Zulassung (nur für Vollmitglieder, siehe unten)
- 1 Lichtbild (optimal: als JPG-Datei auf CD oder gleichzeitig mit genauer Absenderangabe per e-mail möglich)

Ich beantrage die Mitgliedschaft als:  
(bitte Mitgliedsart und ggfls.  
Kündigung/anderer Verband ankreuzen)

- Vollmitglied (Heilpraktiker/innen, Jahresbeitrag € 240,00)
- Anwärter (HP-Anwärter/in, Jahresbeitrag € 120,00)
- Fördermitglied (Jahresbeitrag € 120,00)

Titel Vorname(n) Name

Straße Nr. PLZ Ort Staatsangehörigkeit

Telefon/ Fax (mit Vorwahl)

Mobiltelefon

E-Mail

Geburtsdatum / Geburtsort

Derzeit noch in Ausbildung bei (Schule/HP)

seit

Heilpraktiker/in seit: \_\_\_\_\_ (nur für Vollmitglieder, **Kopie der Zulassung** bitte beilegen)

Praxis-Name

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Praxis-Anschrift: Straße Nr. / PLZ / Ort

mobil \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

Homepage

**Bankeinzugsverfahren:** Hiermit ermächtige ich den UDH Landesverband Bayern e.V., widerruflich, von meinem

Konto Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_

den Mitgliedsbeitrag (bei der ersten Abbuchung inkl. der  
Anmeldegebühr von € 10,00) abzubuchen.

**Gewünschte Zahlweise:**

1/4 jährlich

1/2 jährlich

Zeitschrift für Naturheilkunde der UDH

Ja

Nein

Ort, Datum

(bitte Blatt 2 beachten)

**Unterschrift (zwischen den Linien) mit schwarzer Tinte / Filzstift / Kugelschreiber**

(mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben; diese Unterschrift wird außerdem für meinen Mitgliedsausweis verwendet)

Blatt 2:

Pöhlmannstraße 16  
80687 München  
Tel.: 089-17 92 646-7  
mail: info@udh-bayern.de  
web: www.udh-bayern.de

## Bestätigung

(bitte unbedingt ausfüllen, da sonst Anmelde-Annahme nicht möglich)

Bitte handschriftlich wiederholen:

Vorname, Name: .....  
geboren: .....  
Straße, Hs-Nr.: .....  
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