

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ort/PLZ _____ Datum _____



Hiermit erkläre ich den Beitritt zum **FREIEN VERBAND DEUTSCHER HEILPRAKTIKER e.V.**

Name: _____ Vorname: _____ Herr/Frau

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Bundesland: _____ Geb.-Datum: _____

Tel.: _____ Fax: _____

e-Mail: _____ Internet: _____

**Ich entrichte die Aufnahmegebühr in Höhe von € 15,-
sowie den Monatsbeitrag für:**

Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer Erlaubnisurkunde bei

Heilpraktikeranwärter/in (HPA)
€ 10,- pro Monat
(Ermäßigter Beitrag)

Heilpraktiker/in
ohne Niederlassung (HPoNL)
€ 20,- pro Monat

praktizierende Heilpraktiker/in
(HPNL)
€ 20,- pro Monat

Ich verpflichte mich, Statusänderungen vom HPA zum HPoNL bzw. HPNL der Geschäftsstelle umgehend mitzuteilen.

Die Beitragszahlung erfolgt jährlich, per:

SEPA - Lastschriftmandat
Bitte beiliegendes Formular ausfüllen und zurücksenden.

Rechnung

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V.
Weseler Str. 19-21 | 48151 Münster | Deutschland

D E 1 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 6 9 4 9 7 0

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
type of payment:
one-off payment

**Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V.
Weseler Str. 19-21
48151 Münster
Deutschland**

M i t g l i e d s n u m m e r :

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V..

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: www.sepa-mandat.de / informations about sepa-mandate: www.sepa-mandate.de

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V., 48151 Münster