

Aufnahmeantrag

Über die Höhe der nach Einkommen gestaffelten
Mitgliedsbeiträge informiert Sie gerne Ihr Landesverband.

nur vom LV auszufüllen:

Antrag ist angenommen

Beitragssatz

Abzeichnung durch LV: _____

Ich beantrage die Aufnahme in den Landesverband des DZVhÄ

**Bitte den gewünschten LV ankreuzen und direkt an den für Ihren Praxisort zuständigen Landesverband schicken.
Die jeweils aktuelle Anschrift finden Sie im Internet unter www.dzvhae.de/landesverbaende.de.**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Baden-Württemberg (Gläubiger-ID DE21 ZZZO 0000 6330 01) | <input type="radio"/> Niedersachsen, Bremen (DE52 ZZZO 0000 0971 00) |
| <input type="radio"/> Bayern (DE61 ZZZO 0000 2566 00) | <input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen (DE06 ZZZO 0000 6910 83) |
| <input type="radio"/> Berlin-Brandenburg (DE16 ZZZO 0000 8713 23) | <input type="radio"/> Sachsen (DE38 ZZZO 0000 5349 19) |
| <input type="radio"/> Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland
(DE09 ZZZO 0001 0086 07) | <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt (nur per Rechnung) |
| <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern (DE90 ZZZO 0001 2740 93) | <input type="radio"/> Schleswig-Holstein, Hamburg (DE93 ZZZO 0000 7092 08) |
| | <input type="radio"/> Thüringen (DE47 ZZZO 0000 7977 24) |

als

- Mitglied** **Schnuppermitglied** (einmalig, für die Dauer eines Kalenderjahres mit Übergang in eine reguläre Mitgliedschaft)
und ich besitze

- die Zusatzbezeichnung Homöopathie
 die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und Homöopathie für Apotheker
 die Zusatzbezeichnung Homöopathie für Tierärzte
 das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ seit _____
 eine sonstige Ausbildung in Homöopathie seit _____

Name _____
Anrede Titel Vorname Nachname Geburtsdatum

Anschrift _____
Straße/Haus-Nr. PLZ Ort
(Praxisanschrift, wenn keine Praxisanschrift vorhanden ist, bitte die Privatanschrift einsetzen)
Telefon Fax E-Mail
(Praxisverbindungen, falls nicht vorhanden, bitte die Privatanschlüsse einsetzen)

Diese Adresse ist meine Praxisadresse Privatadresse

Fachbezeichnung _____

Folgende Angaben bitte nur in Jahreszahlen:
Approbation seit: _____ Weiterbildungsermächtigung seit: _____
(Approbationsurkunde liegt in Kopie bei) (Nachweis liegt in Kopie bei)

Einzelmittel werden verschrieben seit: _____

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Vertragsarztpraxis | <input type="radio"/> Privatpraxis | <input type="radio"/> angestellter Arzt | <input type="radio"/> Krankenhausarzt | <input type="radio"/> ohne Praxis |
| <input type="radio"/> Student | <input type="radio"/> Apotheke | <input type="radio"/> Tierarztpraxis | <input type="radio"/> Zahnarzt (bitte auch Praxisstatus ankreuzen) | |

Ich wurde auf den DZVhÄ aufmerksam durch _____

Ich erkläre mich mit den Zielen und der Satzung meines Landesverbandes (bei den Landesverbänden erhältlich) und des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte einverstanden und verpflichte mich zur regelmäßigen Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift

Bitte auch die Folgeseite ausfüllen!

