

Aufnahmeantrag ab _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft gemäß § 5 der Satzung in der Fassung vom 22. März 2014 im

Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD)

- als ordentliches Mitglied (OM)
 ermäßigtes ordentliches Mitglied (EM) – im 1.-4. Praxisjahr (auf Antrag)
 außerordentliches Mitglied (AM) – ohne Praxis

Jahresbeitrag

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> OM | <input type="radio"/> € 252,-- | |
| <input type="radio"/> EM2 - im 3./4. Praxisjahr) | <input type="radio"/> € 204,-- | <input type="radio"/> Praxis erst seit ____/____/____ |
| <input type="radio"/> EM1 – im 1./2. Praxisjahr | <input type="radio"/> € 144,-- | <input type="radio"/> Praxis erst seit ____/____/____* |
| <input type="radio"/> AM – ohne Praxis | <input type="radio"/> € 108,-- | <input type="radio"/> keine Praxis/in Ausbildung*
<input type="radio"/> HP-Anwärter
<input type="radio"/> Auslandsaufenthalt |

* Ich verpflichte mich, die Beendigung meiner Ausbildung/ den Ablauf der zweijährigen Praxiszeit unaufgefordert mitzuteilen.

- Bearbeitungsgebühr einmalig** € 50,-- incl. **Verbandsstempel** mit Holzgriff **oder**
 als Grafikdatei
+ € 10,-- bei Bestellung von Holz- **und** Grafikstempel

Die Beitragspflicht beginnt im Monat des Eintritts. Im Eintrittsjahr wird der Beitrag monatlich anteilig berechnet. In den Folgejahren wird er bei Überweisung im Januar, bei Bankeinzug erst im April fällig.

Praxisadresse

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Web _____

Bundesland _____ E-Mail _____

Privatadresse

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde seit _____ **(Bitte Kopie beilegen!)**

Ausbildung in Klassischer Homöopathie seit/bei (Schule, Kurse, etc.), ggfs. separates Blatt beilegen:

Um realistisch einschätzen zu können, wie die Arbeitsbedingungen unserer Mitglieder sind und um eine angemessene Vertretung zu gewährleisten, bitten wir Sie zusätzlich um folgende Angaben:

- Bereits bestehende ordentliche oder außerordentliche Mitgliedschaften in:
Heilpraktiker-Verbänden: _____
Homöopathie-Vereinen: _____
- Praxis seit: ____/____/____
- Ausübung der klassischen Homöopathie seit: _____
- Berufsausübung in Teilerwerb Vollerwerb
 weitere berufliche Tätigkeit als _____
- Wenden Sie außer der Homöopathie noch andere Behandlungsmethoden an?
Wenn ja, welche? _____
Verhältnis in %: klassische Homöopathie _____% andere Methoden _____%
- Frühere Berufe: _____

*Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass **meine Daten** im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Mitgliedschaft und entsprechend den Vorgaben der anliegenden Datenschutzerklärung des VKHD erhoben sowie elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Einer Weitergabe meiner Kontaktdaten an interessierte Stellen aus dem homöopathischen Bereich sowie der Veröffentlichung auf der Therapeutenliste des VKHD stimme ich hiermit zu.*

*Die **Satzung** in der Fassung vom 22. März 2014, die **Datenschutzerklärung** sowie die **Berufsordnung** mit integrierten Ethik-Richtlinien des VKHD in der Fassung vom Februar 2013 erkenne ich an.*

***Vereinsinsignien** wie Verbandslogo oder -stempel werde ich nur zum Ausweisen der Mitgliedschaft oder zu den vom Vorstand ausdrücklich freigegebenen Zwecken verwenden. Der urheberrechtliche Schutz ist mir bekannt.*

Außerdem erkläre ich hiermit, in meiner Praxis überwiegend die klassische Homöopathie nach den Regeln Samuel Hahnemanns auszuüben.

Ort, Datum

Unterschrift und ggfs. Stempel

Antrag bitte einsenden an die Geschäftsstelle des

VKHD e.V. • Wagnerstraße 20 • 89077 Ulm • Tel. 0731-407722-0 • Fax 0731-407722-40 • info@vkhd.de