

Aufnahmeantrag ab _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft gemäß § 5 der Satzung in der Fassung vom April 2023 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"/> 252,00 € | |
| <input type="radio"/> EM2 – im 3./4. Praxisjahr (auf Antrag) | <input type="radio"/> 204,00 € | <input type="radio"/> Praxis erst seit ____/____/____ |
| <input type="radio"/> EM1 – im 1./2. Praxisjahr | <input type="radio"/> 144,00 € | <input type="radio"/> Praxis erst seit ____/____/____* |
| <input type="radio"/> AM – ohne Praxis | <input type="radio"/> 108,00 € | <input type="radio"/> keine Praxis/in Ausbildung*
<input type="radio"/> HP-Anwärter*in
<input type="radio"/> Auslandsaufenthalt |

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

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.

Wenn die Mitgliedschaft nicht gekündigt wird, geht die außerordentliche Mitgliedschaft mit Aufnahme der Praxistätigkeit automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft über. Damit ist dann auch automatisch der entsprechende Beitrag für ordentliche Mitglieder zu entrichten. Sie können jedoch einen Antrag auf einen ermäßigten Beitrag für das erste und zweite Praxisjahr stellen. In diesem Fall tritt nach Ablauf des 2. Praxisjahres automatisch die Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied ein. Damit ist die Verpflichtung verbunden, ab diesem Zeitpunkt den vollen Mitgliedsbeitrag zu zahlen, es sei denn, Sie beantragen für weitere 2 Jahre eine ermäßigte Mitgliedschaft.

Die Voraussetzungen für eine Kündigung der Mitgliedschaft im VKHDS ergeben sich aus § 7 der Verbandssatzung (Austritt).

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 _____%
- Ich bin noch in der Heilpraktikerausbildung und habe mich noch nicht für eine Behandlungsmethode entschieden
möchte voraussichtlich folgende Therapien anwenden _____
- 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 April 2023, die **Datenschutzerklärung** sowie die **Berufsordnung** mit integrierten Ethik-Richtlinien des VKHD in der Fassung vom September 2022 erkenne ich an.*

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

Außerdem erkläre ich hiermit, in meiner Praxis, spätestens ab dem 2. Praxisjahr, überwiegend die klassische Homöopathie nach den Regeln Samuel Hahnemanns auszuüben oder die Mitgliedschaft zu kündigen.

Ort, Datum

Unterschrift und ggfs. Stempel

Antrag bitte einsenden an die Geschäftsstelle des

VKHD e.V. • Frauengraben 24 • 89073 Ulm • Tel. 0731-407722-0 • info@vkhd.de

Bitte helfen Sie uns, Zeit und Kosten zu sparen durch Überlassung dieses

SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V.
Frauengraben 24
89073 Ulm

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE59B9700000586242

Mandatsreferenz: _____

(wird von der VKHD-Geschäftsstelle ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich den Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VKHD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Dafür anfallende Bankgebühren gehen zu meinen Lasten.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON:

VORNAME UND NAME **MITGLIED**

Vorname und Name **Kontoinhaber*in**, falls nicht identisch

Straße

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | ____

(Bitte deutlich und in Druckbuchstaben schreiben)

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift