



# NORDDEUTSCHE HEILPRAKTIKER VEREINIGUNG e. v.

Geschäftsstelle: 30519 Hannover · Weststraße 2  
Telefon (0511) 83 06 32 · Fax (0511) 83 30 30  
Website: [www.norddeutscheheilpraktiker-vereinigung.de](http://www.norddeutscheheilpraktiker-vereinigung.de)  
E-Mail: [info@norddeutsche-heilpraktiker-vereinigung.de](mailto:info@norddeutsche-heilpraktiker-vereinigung.de)

## Aufnahme-Antrag

Hiermit beantragt

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
(Nachname) (Name) (Geb.-Datum)

wohnhaft

\_\_\_\_\_  
(Straße, Haus-Nr.) (Postleitzahl, Ort)

Tel. privat

\_\_\_\_\_

Praxisadresse

\_\_\_\_\_  
(Straße, Haus-Nr.) (Postleitzahl, Ort)

Tel. Praxis

\_\_\_\_\_

die Aufnahme in die NHV e. V. zum

\_\_\_\_\_  
(Monat, Jahr)

Die Satzung wird mir zugeschickt

Den Stempel der NHV e. V. mit eigener Mitgliedsnummer erhalte ich, wenn ich HP bin.

Der Stempel bleibt Eigentum der NHV e. V.

Wenn Sie innerhalb 10 Tagen nichts gegenteiliges hören, sind sie Mitglied.

Eine gesonderte Bestätigung der Mitgliedschaft geht nicht zu.

Die NHV e. V. ist mir empfohlen worden von

\_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname) (Straße, Haus-Nr.) (Postleitzahl, Ort)

Den Beitrag zahle ich:

- 1 x jährlich 156,- € spätestens zum 01. Juli des Jahres
- 2 x jährlich 78,- € spätestens zum 01. April d. J. bzw. zum 01. Oktober des Jahres
- 4 x jährlich 39,- € jeweils zum Beginn des Quartals.

Der Mitgliedsbeitrag soll perEinzugsermächtigung abgebucht werden:

- Ja
- Nein

Ich bin HP  (Bitte Kopie der Urkunde beifügen)

Ich bin HPA

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)