

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 Wohn- oder Praxisort zuständigen Landesverband schicken, Adressen siehe Rückseite.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Baden-Württemberg | <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt |
| <input type="radio"/> Bayern | <input type="radio"/> Niedersachsen | <input type="radio"/> Schleswig-Holstein, Hansestädte |
| <input type="radio"/> Berlin-Brandenburg | <input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen | <input type="radio"/> Thüringen |
| <input type="radio"/> Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland | <input type="radio"/> Sachsen | |

als

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

und

- Ich besitze die Zusatzbezeichnung Homöopathie, erworben im Jahr _____
(der Nachweis liegt diesem Antrag in Kopie bei)
- Ich besitze keine Zusatzbezeichnung Homöopathie (u.a. auch Studenten)

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: _____ Homöopathie-Diplom des DZVhÄ 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 erkläre mich mit den Zielen und der Satzung meines Landesverbandes und des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte einverstanden und verpflichte mich zur regelmäßigen Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

Der Verein darf meine Daten veröffentlichen nicht veröffentlichen.

Ort und Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich meinen Landesverband, die von mir zu entrichtenden Beiträge einzuziehen von meinem

Konto Nr. _____ bei der _____
BLZ _____ in (Bankort) _____

Ort und Datum

Unterschrift

An:
Landesverband des DZVhÄ

Mitgliederverwaltungen der Landesverbände

– zuständige Ansprechpartner im LV-Vorstand oder Sekretariate –

■ Baden-Württemberg

Dr. Hartmut Blersch
Pfarrgasse 7
88499 Altheim
Tel. 0 73 71 - 72 47

■ Bayern

DZVhÄ e.V. – LV Bayern
Angelika von Finck-Leuer
Ringseisstr. 2a
80337 München
Tel. 089 - 44 71 70 86

■ Berlin-Brandenburg

BVhÄ e.V., Ina Werner
Nassauische Str. 2
10717 Berlin
Tel. 030 - 873 25 93

■ Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland

Ute Maria Wentzel
Diedesbergweg 9
55413 Weiler
Tel. 0 67 21 - 400 98 76

■ Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Christin Gramsch
Delbrückstr. 2
17424 Seebad Heringsdorf
Tel. 03 83 78 - 823 33

■ Niedersachsen

Sybille Spitzer
Vor der Bahn 4
29342 Wienhausen
Tel. 0 51 49 - 185 81 10

■ Nordrhein-Westfalen

Berufsverband homöopathischer
Ärzte NRW e.V.
Bettina Eiken
Buchenstr. 11
42855 Remscheid
Tel. 0 21 91 - 209 88 64

■ Sachsen

Dr. Maria Bormann
Kochstr. 50
04275 Leipzig
Tel. 03 41 - 391 83 35

■ Sachsen-Anhalt

Dr. Ingrid Bockholt
Emil-Schuster-Str. 13
06118 Halle
Tel. 03 45 - 523 30 51

■ Schleswig-Holstein, Hansestädte

Elke Lorenzen
Schwartauer Allee 10
23554 Lübeck
Tel. 04 51 - 479 19 91/92

■ Thüringen

Dr. Elvira Müller
Reinhardtstr. 56
07318 Saalfeld
Tel. 0 36 71 - 51 29 60