



## Antrag auf Mitgliedschaft ab .....

Meine Vorteile als Mitglied:

- **Zugang zum Mitgliederbereich auf unserer Internetseite**  
Erfahren Sie alles Wissenswerte über anerkannte Naturheilverfahren
  - \* naturheilkundliche Indikationen
  - \* naturheilkundliche Therapien
  - \* individuelle Informationen und Ratschläge für Patienten
- Erhalt der **Fachzeitschrift Phytokompass** – Aktuelles aus Forschung und Praxis der Naturheilverfahren
- **ermäßigte Kursgebühr** bei allen Fort- und Weiterbildungen
- Einladung zum jährlich stattfindenden **Naturheilkunde Symposium**
- Konsequente Vertretung Ihrer Interessen in der Politik, der Öffentlichkeit und der Forschung
- Aufnahme in die Adressverteilerliste des Kneippärzteebundes e.V.
- Kooperation mit relevanten Verbänden und Institutionen im Bereich der Naturheilverfahren und Präventionsmedizin

- Ja, ich möchte Mitglied werden.** (Jahresbeitrag € 75,- / Mindestlaufzeit 2 Jahre)
- Ich stimme zu, dass meine Angaben elektronisch erhoben und gespeichert werden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen.  
Ich habe die Datenschutzbestimmungen (s. unter <https://www.kneippaerztebund.de/datenschutz/>) zur Kenntnis genommen.

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Akadem. Grad:** ..... **Geb.-Datum:** .....

**Fachgebiet/Zusatzbezeichnung:** .....

<u>Privatadresse:</u>	<u>Praxis / Klinikadresse:</u>
Straße: .....	Name: .....
PLZ Ort: .....	Straße: .....
Tel.: .....	PLZ Ort:.....
Fax:.....	Tel.:.....
Email: .....	Fax:.....
	Email: .....

Bei Patientenfragen kann meine Adresse weitergegeben werden :  ja  nein

**SEPA Lastschriftmandat** (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00001248144)

Mandatsreferenznummer: (wird mit Begrüßungsschreiben mitgeteilt)

Ich ermächtige den Kneippärzteebund e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kneippärzteebund e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (BIC)

**IBAN: D E** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift