



Antrag auf Mitgliedschaft

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 (erscheint alle 2 Monate)
- **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 Kneippärztebundes e.V.
- Kooperation mit relevanten Verbänden und Institutionen im Bereich der Naturheilverfahren und Präventionsmedizin

Ja, ich möchte Mitglied werden. (Jahresbeitrag € 75,- / Mindestlaufzeit 2 Jahre)

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 Kneippärztebund e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kneippärztebund 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