



Verband Deutscher Heilpraktiker e.V.
Ernst-Grote-Str. 13
30916 Isernhagen

Zahlungsweise Mitgliedsbeitrag

Name _____ Vorname _____
PLZ, Wohnort _____ Straße, Haus-Nr. _____
Mitglied-Nr. _____ E-Mail _____

Den Mitgliedsbeitrag begleiche ich

	<u>Beitrag HP</u>	<u>Beitrag HPA</u>	<u>Einzug Lastschrift jeweils am</u>
<input type="checkbox"/> vierteljährlich	52,50 €	25,00 €	01.03. / 01.06. / 01.09. / 01.12. d. Jahres
<input type="checkbox"/> halbjährlich	105,00 €	50,00 €	01.03. / 01.09. d. Jahres
<input type="checkbox"/> jährlich	210,00 €	100,00 €	01.03. d. Jahres

Die viertel- und halbjährliche Teilzahlung erfolgt ausschließlich im Lastschriftverfahren und ist an die Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandates gebunden. Änderungen der Bankverbindung sind dem Verband umgehend mitzuteilen. Die Zahlungsweise für das darauffolgende Jahr ist jederzeit änderbar.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____