



**VERBAND DEUTSCHER HEILPRAKTIKER e.V.**  
Bundesverband

Ernst-Grote-Straße 13  
30916 Isernhagen  
Telefon (05 11) 6 16 98-0  
Telefax (05 11) 6 16 98 21  
E-Mail: [info@vdh-heilpraktiker.de](mailto:info@vdh-heilpraktiker.de)  
Internet: [www.vdh-heilpraktiker.de](http://www.vdh-heilpraktiker.de)

**Antrag auf Mitgliedschaft im  
Verband Deutscher Heilpraktiker e. V.**

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als  
 Heilpraktiker/in (HP)  
 Heilpraktiker/in für Psychotherapie in den  
„Verband Deutscher Heilpraktiker e. V.“

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon (Privat) \_\_\_\_\_ (Praxis) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Nr. des Personalausweises/Passes \_\_\_\_\_

Zulassung als Heilpraktiker vom \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Ich bin als Heilpraktiker/in tätig

seit \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 210,00 € jährlich. Er wird anteilmäßig auf das lfd. Kalenderjahr berechnet und ist nach Rechnungserhalt zahlbar.

Eine Kopie meiner Zulassung füge ich dieser Anmeldung bei.

Für die Ausstellung eines Mitgliedsausweises übersende ich mit diesem Antrag oder in digitaler Form per Email an die oben angegebene Adresse ein aktuelles Passbild.

Der Stempel wird mir schnellstmöglich zugesandt.

Der Antrag gilt als angenommen, wenn nicht innerhalb von 14 Tagen ein Widerruf durch den Verband erfolgt.

Mit Abgabe dieser von mir unterschriebenen Anmeldung erkenne ich die Satzung, die auf der Rückseite des Anmeldeformulars gedruckt ist, an.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)