EUROPEAN UNION OF HOMOEOPATHY
STIFTUNG
BERUFSVERBAND
HOMÖOPATHISCHE
GESELLSCHAFT

Anmeldeformular Mitgliedschaft Berufsverband der E.U.H.

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

_____

Beruf: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Homöopathische Praxis seit: _____

Jahresbeitrag: 50,00 €

Um die Verwaltungskosten klein zu halten, wäre eine Abbuchungsermächtigung wünschenswert:

Bankverbindung: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Sollten Sie uns keine Abbuchungsermächtigung erteilen, bitten wir um Überweisung auf unser Konto:

Volksbank Müllheim
BLZ: 680 919 00
Konto-Nr. 76 90 47 07
Berufsverband der E.U.H.

Zahlung spätestens bis zum 1.4. des Geschäftsjahres.

_____

Datum Unterschrift

Bitte die folgenden Anlagen beifügen:
Unterschriebene Absichtserklärung
Empfehlungsschreiben

berufsverband@euh.eu · www.euh.eu