

MITGLIEDSANTRAG HPCM

Health Professionals for Cellular Medicine/Gesundheitsberufe für Zellular-Medizin

– Gültig ab Januar 2018 –

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Persönliche Angaben des Antragstellers:

Angaben zum dem HPCM-Mitglied,
das Sie zur Mitgliedschaft eingeladen hat:

Name

Name

Vorname

Vorname

Straße, Hausnummer

Mitgliedsnummer

PLZ, Wohnort

Land

Unterschrift

Telefon

*Bitte geben Sie uns eine E-Mail-Adresse an, über die wir Sie
verlässlich erreichen können, damit wir Sie stets über weiterfüh-
rende Online-Bildungsangebote und neueste Ergebnisse der
Mikronährstoffforschung informieren können.

E-Mail*

Die Mitgliedschaft bedarf der Vorlage eines entsprechenden Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweises als Thera-
peut. Die Mitgliedschaft ist kostenlos und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden.
Kündigungen haben in schriftlicher Form zu erfolgen.

Die Richtlinien habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere die darin festgelegten Mitgliedsbedingungen.
Ferner bin ich damit einverstanden, dass das HPCM-Mitglied, das mich an die HPCM-Initiative herangeführt hat,
Informationen über meine Bestellungen (Bestelldatum und -wert) erhält. Dies ermöglicht ihr/ihm einen Abgleich
mit ihrer/seiner Honorarabrechnung.

Berufliche Angaben:

Vollerwerbspraxis

nebenberuflich

nicht/nicht mehr tätig

Schwerpunkte meiner Praxis sind:

Bitte Überweisen Sie Honorare, die ich gemäß Richtlinien für meine Beratungstätigkeit erhalte, auf folgendes Konto:

Bank

BLZ

Kontonummer

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden können. Bitte reichen Sie auch alle
Änderungen, die Ihre persönlichen Daten betreffen, umgehend bei uns ein. Für Ihre persönlichen Unterlagen behalten Sie bitte eine
Kopie dieses Antrages.

