

# Membership HPCM

Health Professionals for Cellular Medicine  
"Health Professionals voor Cellulaire Geneeskunde"

– Geldig vanaf 15 april 2015 –

Persoonsgegevens:

In blokletters aub!

\_\_\_\_\_  
Naam, voornaam

\_\_\_\_\_  
Straat, Huisnummer

\_\_\_\_\_  
Postcode, Stad, Land

\_\_\_\_\_  
Telefoon

\_\_\_\_\_  
Geboortedatum

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ik wil hierbij lid worden van het "Health Professionals voor Cellulaire Geneeskunde" (HPCM) initiatief.

Lidmaatschap is gratis en kan op elk moment door mij worden opgezegd zonder opgaaf van redenen. Opzegging dient schriftelijk te geschieden. Ik ben op de hoogte van de concepten en doelen van het "Health Professionals voor Cellulaire Geneeskunde" (HPCM) initiatief.

Ik ben op de hoogte van de HPCM richtlijnen en ga akkoord met het feit dat een passend bewijs van kwalificatie noodzakelijk is voor het lidmaatschap.

Beroepsgegevens:

\_\_\_\_\_  
Beroep/Activiteit

Mijn aandachtsgebieden zijn:

Aankruisen aub (meerdere antwoorden mogelijk)

- Cardiovasculaire aandoeningen  
 Oncologie  
 Diabetes

- Reumatische aandoeningen  
 Neurologische aandoeningen  
 Andere:

\_\_\_\_\_  
Plaats, Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening

Let u alstublieft op dat alleen volledige aanmeldingen in behandeling kunnen worden genomen. Wij verzoeken u om relevante veranderingen in uw persoonsgegevens zo snel mogelijk aan ons door te geven.