

MITGLIEDSANTRAG HPCM

Health Professionals for Cellular Medicine/Gesundheitsberufe für Zellular-Medizin

– Gültig ab Februar 2023 –

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Persönliche Angaben des Antragstellers:

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Land

Telefon

E-Mail*

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

Die Mitgliedschaft bedarf der Vorlage eines entsprechenden Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweises als Therapeut. 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.

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.

