

# Aufnahmeantrag

Über die Höhe der nach Einkommen gestaffelten  
Mitgliedsbeiträge informiert Sie gerne Ihr Landesverband.

nur vom LV auszufüllen:

Antrag ist angenommen

Beitragssatz

Abzeichnung durch LV: \_\_\_\_\_

## Ich beantrage die Aufnahme in den Landesverband des DZVhÄ

**Bitte den gewünschten LV ankreuzen und direkt an den für Ihren Praxisort zuständigen Landesverband schicken.  
Die jeweils aktuelle Anschrift finden Sie im Internet unter [www.dzvhae.de/landesverbaende.de](http://www.dzvhae.de/landesverbaende.de).**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Baden-Württemberg (Gläubiger-ID DE21 ZZZO 0000 6330 01)       | <input type="radio"/> Niedersachsen, Bremen (DE52 ZZZO 0000 0971 00)       |
| <input type="radio"/> Bayern (DE61 ZZZO 0000 2566 00)                               | <input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen (DE06 ZZZO 0000 6910 83)         |
| <input type="radio"/> Berlin-Brandenburg (DE16 ZZZO 0000 8713 23)                   | <input type="radio"/> Sachsen (DE38 ZZZO 0000 5349 19)                     |
| <input type="radio"/> Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland<br>(DE09 ZZZO 0001 0086 07) | <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt (nur per Rechnung)                    |
| <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern (DE90 ZZZO 0001 2740 93)               | <input type="radio"/> Schleswig-Holstein, Hamburg (DE93 ZZZO 0000 7092 08) |
|   | <input type="radio"/> Thüringen (DE47 ZZZO 0000 7977 24)                   |

als

- Mitglied**       **Schnuppermitglied** (einmalig, für die Dauer eines Kalenderjahres mit Übergang in eine reguläre Mitgliedschaft)  
und ich besitze

- die Zusatzbezeichnung Homöopathie  
 die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und Homöopathie für Apotheker  
 die Zusatzbezeichnung Homöopathie für Tierärzte  
 das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ      seit \_\_\_\_\_  
 eine sonstige Ausbildung in Homöopathie      seit \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Anrede      Titel      Vorname      Nachname      Geburtsdatum

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.      PLZ      Ort  
(Praxisanschrift, wenn keine Praxisanschrift vorhanden ist, bitte die Privatanschrift einsetzen)  
Telefon      Fax      E-Mail  
(Praxisverbindungen, falls nicht vorhanden, bitte die Privatanschlüsse einsetzen)

Diese Adresse ist meine       Praxisadresse       Privatadresse

Fachbezeichnung \_\_\_\_\_

Folgende Angaben bitte nur in Jahreszahlen:  
Approbation seit: \_\_\_\_\_      Weiterbildungsermächtigung seit: \_\_\_\_\_  
(Approbationsurkunde liegt in Kopie bei)      (Nachweis liegt in Kopie bei)

Einzelmittel werden verschrieben seit: \_\_\_\_\_

- |  |                                    |   |  |                                   |
|--|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Vertragsarztpraxis | <input type="radio"/> Privatpraxis | <input type="radio"/> angestellter Arzt | <input type="radio"/> Krankenhausarzt                              | <input type="radio"/> ohne Praxis |
| <input type="radio"/> Student            | <input type="radio"/> Apotheke     | <input type="radio"/> Tierarztpraxis    | <input type="radio"/> Zahnarzt (bitte auch Praxisstatus ankreuzen) |                                   |

Ich wurde auf den DZVhÄ aufmerksam durch \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit den Zielen und der Satzung meines Landesverbandes (bei den Landesverbänden erhältlich) und des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte einverstanden und verpflichte mich zur regelmäßigen Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte auch die Folgeseite ausfüllen!

# Aufnahmeantrag

Seite 2

Mandatsreferenz: Wird Ihnen separat vom zuständigen Landesverband mitgeteilt.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den oben von mir ausgewählten Landesverband des DZVhÄ, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diesem Landesverband des DZVhÄ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_ | \_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

## Datenschutzrechtliche Erklärung und Einwilligung

1. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit diesem Antrag auf Mitgliedschaft im DZVhÄ erhobenen personenbezogenen Daten von dem zuständigen DZVhÄ-Landesverband zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung im Auftrag und nach den Richtlinien des DZVhÄ e.V. verarbeitet und genutzt werden.

2. Ich bin damit einverstanden, unter der von mir angegebenen Postanschrift Mitgliederinformationen, Fortbildungsangebote, Veranstaltungseinladungen und berufspolitische Informationen zu erhalten.

Hierzu können Sie mich auch per E-Mail kontaktieren. (Bitte ankreuzen, falls gewünscht.)

3. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass von meinen in diesem Antrag erhobenen Daten die folgenden Daten zur Veröffentlichung in Verzeichnissen und Medien des DZVhÄ e.V., z.B. der elektronischen Arztsuche im Webangebot des DZVhÄ e.V., genutzt werden: Vorname, Name, BSNR, LANR, Praxisanschrift und Telefonnummer (alles nur, sofern von mir angegeben).

Eine solche Veröffentlichung wünsche ich nicht.

4. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine bei dem für mich zuständigen DZVhÄ-Landesverband gespeicherten personenbezogenen Daten im hier beschriebenen Umfang und zu den hier beschriebenen Zwecken auch an den DZVhÄ e.V., seine weiteren Landesverbände und an die Managementgesellschaft des DZVhÄ mbH weitergegeben sowie von diesen entsprechend verarbeitet und genutzt werden dürfen. Darüber hinaus erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte.

5. Ich bin berechtigt, diese Einwilligung gegenüber meinem zuständigen DZVhÄ-Landesverband (aktuelle Kontaktdaten unter [www.welt-der-homoeopathie.de](http://www.welt-der-homoeopathie.de) abrufbar) ganz oder teilweise jederzeit zu widerrufen. Ein gegenüber meinem DZVhÄ-Landesverband erklärter Widerruf gilt zugleich gegenüber dem DZVhÄ e.V., seinen weiteren Landesverbänden und der Managementgesellschaft des DZVhÄ mbH.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

DZVhÄ-Geschäftsstelle, Axel-Springer-Str. 54b, 10117 Berlin, [geschaeftsstelle@dzvhae.de](mailto:geschaeftsstelle@dzvhae.de)