

## Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zum  
Fachverband sektoraler Heilpraktiker Physiotherapie e.V.

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Geb.-Datum:	Nationalität:
Private Anschrift:	Berufliche Anschrift:
Strasse:	Strasse:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort (Praxis):
Tel.:	Tel. Praxis:
Fax:	Fax Praxis:
E-Mail:	E-Mail:
Beruf:	Heilpraktiker für Physiotherapie seit:
Abgeschlossene Ausbildung als:	

**Ich erkläre mich mit der Satzung des Fachverbandes sektoraler Heilpraktiker Physiotherapie e.V. (SHP) einverstanden.**

<b>Datum:</b>	<b>Ort:</b>
<b>Unterschrift:</b>	

Ich erkläre dass ich keiner des SHP entgegenstehenden Organisation oder Verband angehöre.

<b>Datum:</b>	<b>Ort:</b>
<b>Unterschrift:</b>	

**Der Jahresbeitrag beträgt für Mitglieder seit dem 01.01.2015 270 €**

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per Überweisung durch das Mitglied zu Beginn eines jeden Jahres bis Ende Januar auf das Vereinskonto. Bei Eintritt zu einem späteren Zeitpunkt anteilig pro Quartal.

Fachverband sektoraler Heilpraktiker Physiotherapie SHP e.V.	Bank: Sparkasse Meschede
IBAN: DE44 4645 1012 0009 0288 87	BIC: WELADED1MES
<b>Datum:</b>	<b>Ort:</b>

<b>Unterschrift:</b>
----------------------

Widerrufsrecht innerhalb 14 Tagen nach Unterzeichnung