

Heilpraktikergesellschaft für Ozontherapie e.V.

Am Stadtgarten 2, 45883 Gelsenkirchen

Tel.: 0209/42158, Fax: 0209/42546

Aufnahmeantrag

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der
HEILPRAKTIKER-GESELLSCHAFT für OZONTHERAPIE e.V.**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum / -ort _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Straße, Hausnr. _____

E-Mail _____

Internet _____

Heilpraktiker seit _____

Ausstellende Behörde _____

Der Jahresbeitrag in Höhe von 61,35€ soll jährlich von meinem Konto

BLZ _____ Kto.-Nr _____ Bankbez. _____

abgebucht werden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift / Stempel _____