REGISTRIERUNGSFORMULAR

Ich möchte F Ö R D E R E R des DZVhÄ-Landesverbandes Hessen/RLP/Saarland werden.

O Ich bitte um Einstufung i.H.d. Mindestbeitrags von mtl. Euro 7,50 (= Euro 90,00 p.à.).

O Ich möchte den LV HRPS gerne unterstützen mit einem erhöhten Beitrag i.H.v. mtl. Euro ……..

Name ……
Anrede/Titel/Vorname Nachname Geburtsdatum

Privat-Anschrift ……
Straße/Haus-Nr. PLZ Ort

……
Telefon Fax

Ggf. Praxis ……
Straße/Haus-Nr. PLZ Ort

……
Telefon Fax

……
e-mail-Adresse

……
Mobil ggf. HOMEPAGE

Ich bin:

O Hebamme/Geburtshelfer
O Physiotherapeut/in
O Heilpraktiker/in
O Arzthelferin
O natürliche, juristische Person; kein Therapeut
O ……

……
Ort/Datum **Unterschrift**