



**Berufsverband der Ärzte für
Naturheilverfahren Deutschlands e.V.**

Beitrittserklärung

Poststelle: BAEN-D e. V. c/o KfN – Krankenhaus für Naturheilweisen München
Seybothstraße 65 | D-81545 München | Telefon 089 62505-0 | Telefax 089 62505-430 | E-Mail: info@baen-d.de

1. Gewünschte Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Mitgliedschaft im BAEN-D e. V. als:

- ☐ **1. Ordentliches Mitglied** Ärztin / Arzt – mit Stimmrecht sowie aktivem und passivem Wahlrecht.
- ☐ **2. Außerordentliches Mitglied** Nichtärztliche natürliche Person aus einem Gesundheitsberuf, aus Wissenschaft, Forschung oder einem anderen dem Vereinszweck nahestehenden Tätigkeitsbereich – ohne Stimmrecht und ohne Wählbarkeit in den Vorstand.
- ☐ **3. Korporatives Mitglied** Verband, Vereinigung, Institution oder sonstige juristische Person, deren Tätigkeit den Zielen des BAEN-D entspricht oder diese unterstützt – ohne Stimmrecht und ohne Wählbarkeit in die Organe des Vereins.
- ☐ **4. Fördermitglied** Natürliche oder juristische Person, Unternehmen, Einrichtung oder Organisation zur ideellen oder finanziellen Unterstützung der Ziele und Aufgaben des BAEN-D – ohne Stimmrecht und ohne Wählbarkeit in die Organe des Vereins.

2. Angaben zum Mitglied

Name / Titel		Vorname	
Organisation / Unternehmen		Ansprechpartner/in	
Beruf / Fachgebiet / Tätigkeit		Telefon	
Straße / Hausnummer		PLZ / Ort	
E-Mail			

3. Zusätzliche Angaben für Ärztinnen und Ärzte

Fachgebiet / Gebietsbezeichnung		Zusatzbezeichnung(en)	
------------------------------------	--	-----------------------	--

Tätigkeit: ☐ niedergelassen ☐ angestellt ☐ Klinik ☐ Praxis ☐ im Ruhestand ☐ sonstiges: _____

4. Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung bzw. den Beschlüssen der Mitgliederversammlung.

- Ordentliche und außerordentliche Mitglieder: derzeit 85 € pro Jahr.
- Berentete Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende: derzeit 50 € pro Jahr.
- Korporative Mitglieder und Fördermitglieder: nach Festlegung durch die Mitgliederversammlung, mindestens 100 € pro Jahr.

Bei Fördermitgliedschaft: Ich / wir unterstützen den BAEN-D mit einem jährlichen Beitrag von _____ €.

5. Erklärung

Ich / wir erkenne(n) die Satzung des BAEN-D e. V. in ihrer jeweils gültigen Fassung an und unterstütze(n) die Ziele des Vereins. Über die Aufnahme und die Zuordnung zur jeweiligen Mitgliedschaftsform entscheidet der Vorstand entsprechend der Satzung.

Ort, Datum	Unterschrift



**Berufsverband der Ärzte für
Naturheilverfahren Deutschlands e.V.**

SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger	Berufsverband der Ärzte für Naturheilverfahren Deutschlands e. V. (BAEN-D)
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE20ZZZ00000354241
Mandatsreferenz	wird vom BAEN-D vergeben und dem Mitglied mitgeteilt
Poststelle	BAEN-D e. V. c/o KfN – Krankenhaus für Naturheilweisen München, Seybothstraße 65, D-81545 München

Ich ermächtige / wir ermächtigen den BAEN-D e. V., Zahlungen aus der Mitgliedschaft mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom BAEN-D e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontodaten

Kontoinhaber/in	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
IBAN	
Kreditinstitut	
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber/in