



**AVICENNA Verband**

Fachverband für Naturheilkunde und Traditionelle Chinesische Medizin e.V.

Avicenna Verband e.V.  
Mike Morell  
Nägeleseestraße 2  
D-79102 Freiburg  
Deutschland

### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Avicenna Verband e.V.** Die Satzung ist mir bekannt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Mitgliedsjahr dem Kalenderjahr entspricht und der Mitgliedsbeitrag von EUR 120,00 jährlich im Voraus zu zahlen und für das Eintritts- wie auch das Austrittsjahr voll zu entrichten ist. Eine Mitgliedschaft ist nur bei Einverständnis zum Sepa-Einzugsverfahren möglich.

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Titel** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Telefax** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_ **Website** \_\_\_\_\_

**Privatanschrift** \_\_\_\_\_

**Telefon (privat)** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch mein Einverständnis zur Erfassung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten im Sinne des Vereinszweckes durch den Avicenna Verband e.V. Eine Weitergabe erfolgt ausschließlich an vereinsinterne Strukturen, an die Kooperationspartner für Aus- und Weiterbildung.

Eine Veröffentlichung meiner Daten erfolgt nur auf der Therapeutenliste des Avicenna- Verbandes e.V., insofern ich die Voraussetzungen dafür erfülle und nachfolgend der Veröffentlichung nicht widerspreche. Wenn Sie einen Eintrag wünschen, reichen Sie uns bitte eine Kopie der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde oder der Approbation, der erworbenen Ausbildungsnachweise und bei akademischen Titeln die entsprechenden Urkunde ein.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bin **nicht** mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten einverstanden und verzichte deshalb auf einen Eintrag in der Therapeutenliste des AVICENNA Verbandes e.V. (Bitte ggf. ankreuzen)

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Einladung zur Mitgliederversammlung (die Einladung erfolgt per e-mail)