

# Gesellschaft für Elektroakupunktur und Bioresonanz (G.EAV.B) e.V.

Mail: [info@elektroakupunktur-bioresonanz.de](mailto:info@elektroakupunktur-bioresonanz.de)  
Internet: [www.elektroakupunktur-bioresonanz.de](http://www.elektroakupunktur-bioresonanz.de)

G.EAV.B e.V.  
Geschäftsstelle  
Schluchtblick 11

**Fax: 06029/995721**

63867 Johannesberg

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Gesellschaft für  
Elektroakupunktur und Bioresonanz (G.EAV.B) e.V.

als  ordentliches Mitglied (HP und Ärzte) Jahresbeitrag: 100,00 €  außerordentliches Mitglied (HPA und Studenten) Jahresbeitrag: 75,00 € mit Eintrittsdatum zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung und/oder Praxisname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Homepage

Eigene Praxis

Meine Therapieschwerpunkte:

Ja, seit \_\_\_\_\_

Nein

**Mit diesem Antrag erkenne ich die Satzung an.** (Aktuelle Fassung siehe [www.elektroakupunktur-bioresonanz.de](http://www.elektroakupunktur-bioresonanz.de))

Ich wünsche den kostenfreien Eintrag in die Therapeutenliste der Homepage  
[www.elektroakupunktur-bioresonanz.de](http://www.elektroakupunktur-bioresonanz.de)

Ja  Nein

(Übersenden Sie uns bitte eine Kopie Ihrer Zulassung oder Approbation)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte buchen Sie den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto ab:  
SEPA-Lastschriftmandat bitte vollständig ausfüllen, siehe Rückseite

**Gesellschaft für Elektroakupunktur  
und Bioresoanz (G.EAV.B) e.V.**

Geschäftsstelle: Schluchtblick 11, 63867 Johannesberg

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE62 ZZZ0 0000 3331 15**

Mandatsreferenz

**Mitgliedsnummer**

(wird Ihnen mit der Bestätigung der Mitgliedschaft mitgeteilt)

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Gesellschaft für Elektroakupunktur und Bioresonanz (G.EAV.B) e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für Elektroakupunktur und Bioresonanz (G.EAV.B) e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

*Vorname und Nachname (Kontoinhaber)*

---

*Straße und Hausnummer*

---

*Postleitzahl und Ort*

---

*IBAN*

---

*BIC (8 oder 11 Stellen)*

---

*Ort*

*Datum*

---

*Unterschrift*

---