

Beitrittserklärung in die „Vereinigung zur Förderung der Funktionellen Neuraltherapie (FNT) e.V.“

Ich

Titel, Vorname, Name

Straße, PLZ, Ort

Facharzt-/Berufsbezeichnung: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail Adresse: _____ @ _____

erkläre hiermit meinen Beitritt in die Vereinigung zur Förderung der Funktionellen Neuraltherapie (FNT) e.V.

Ich kenne die Satzung und die Geschäftsordnung und erkenne beide ausdrücklich an.

Datum:

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich die „Vereinigung zur Förderung der Funktionellen Neuraltherapie (FNT) e.V.“ die jährlichen Beiträge für die Dauer meiner Mitgliedschaft und gegebenenfalls die Aufnahmegebühr von dem

Konto Nr. _____, Bank _____

BLZ: _____ Kontoinhaber : _____

abzubuchen.

Datum:

Unterschrift: