



## Antrag auf Mitgliedschaft

**Ja, ich möchte Mitglied werden und u. a. folgende Vorteile erwerben:**

- **ermäßigte Kursgebühr** bei den Ausbildungsmodulen 2 - 6
- Kostenfreie Teilnahme am jährlich stattfindenden **Herbstsymposium**
- „KNEIPP“ Zeitschrift des Österreichischen Kneippbundes – **Gratis**
- Zeitschrift für Komplementärmedizin - **50% Rabatt**

**Name:** .....

**Vorname:** .....

**Akadem. Grad:** .....

**Geb.-Datum:** .....

**Fachgebiet/Zusatzbezeichnung:** .....

**ÖÄK-Arztnummer:** .....-.....

Bei Patientenanfragen kann meine Adresse weitergegeben werden : ja  nein

**Der Jahresbeitrag beträgt € 40,--.**

### Privatadresse:

Straße: .....

PLZ Ort: .....

Tel.: .....

Fax: .....

Email: .....

### Praxis / Klinikadresse:

Name: .....

Straße: .....

PLZ Ort:.....

Tel.:.....

Fax:.....

Email: .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....