

## Antrag auf Mitgliedschaft im BCHT

Bundesverband Darmgesundheit und Colon-Hydro-Therapie e.V.

Titel: Berufsbezeichnung:  
Vorname: Nachname:  
Straße: Haus-Nr:  
PLZ: Ort:  
Telefon: Telefax:  
E-Mail-Adresse: Internetseite:

### Angaben zu Ihrer Tätigkeit, zur Vervollständigung Ihres Therapeutenprofils

Firmenname:

Sprechzeiten:

Tätigkeiten mit ca. 5-12 Schwerpunkten Ihrer Arbeit:

#### Art Ihrer Mitgliedschaft

Normales Mitglied Jahresbeitrag 90,00 €

Förderndes Mitglied Jahresbeitrag 140,00 €

Als Aufnahmebeitrag wird ein Jahresbeitrag berechnet

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass die hier erfassten Daten zur Bearbeitung meines Antrags und zur Abwicklung aller Vorgänge im Rahmen meiner Mitgliedschaft nach den Vorgaben der DSGVO und der Datenschutzerklärung des Verbands gespeichert und verwendet werden.

#### Datum und Unterschrift zur Mitgliedschaft :

Ihre Bankverbindung, damit Sie Ihre Beiträge bequem per Lastschrift bezahlen können...

Ihre Bank:

IBAN: BIC:

#### Datum und Unterschrift Lastschrift:

### Bundesverband Darmgesundheit und Colon-Hydro-Therapie e. V.

E-Mail: [info@bcht.de](mailto:info@bcht.de) Internetseite [www.bcht.de](http://www.bcht.de)

Ausgefülltes Formular bitte per Post oder Email an uns senden

BCHT Auguste-Viktoria-Str. 91 14193 Berlin [info@bcht.de](mailto:info@bcht.de)