

## **Antrag auf Mitgliedschaft im BCHT** (Bundesverband der Colon-Hydro-Therapeuten 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	Aufnahme- Jahresbeitrag 90,00 €
Förderndes Mitglied	Aufnahme- Jahresbeitrag 140,00 €

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 der COLON-HYDRO-THERAPEUTEN 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)