

ANTRAGSFORMULAR MITGLIEDSCHAFT FHO



Mitgliedsnummer *(bitte frei lassen)*

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse und Hausnummer

Postfach

Stadt

Postleitzahl

Bundesland / Kanton

Land

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail

Beruf

Webseite

HMO I Seminar Jahr: bei:

HMO II Seminar Jahr: bei:

HMO III Seminar Jahr: bei:

HMO Tagesseminar Jahr: bei:
vor 2021

Aktivmitgliedschaft 120 €/Jahr Passivmitgliedschaft 80 €/Jahr

Die angegebenen Daten dienen ausschließlich dem FHO und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Regeln der HMO® sind für aktive Mitglieder verpflichtend. (Keine Vermischung mit anderen Methoden während einer Behandlung usw.)

Ort, Datum

Unterschrift