



Anmeldung

ElectroMagnetic Radiation-Intervention Program (**EMR-IP**) Help For Wireless Victims (**HWV**)

Hiermit melde ich mich verbindlich an und überweise einen einmaligen Betrag in Höhe von
250 € auf eines der untenstehenden Treuhandkonten für das

EMR- Interventions Programm

1	Frau, Herr:
2	Titel:
3	Vorname:
4	Nachname:
5	Geburtsdatum:
6	Beruf:
7	Straße und Hausnummer:
8	Postleitzahl:
9	Ort:
10	Land:
11	E-mail:
12	Tel privat:
13	Tel tagsüber:
14	Fax:
15	Textfeld für weitere Angaben:

Kontoinhaber

Konto-Nr.:

Bankleitzahl (BLZ):

Verwendungszweck:

IBAN:

BIC:

Peter Albrecht - Steuerberater

260 030 203

430 700 24 Deutsche Bank

EMR-IP/H W V

DE 62 430700240 260030203

DEUT DEDB 430

Reiner Lang - Rechtsanwalt

1000101285 Stadtparkasse

701 500 00 München

EMR-IP/H W V

DE 82 70150000 1000101285

SSKMDEM

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, daß meine persönlichen und medizinischen Daten Im Rahmen des EMR-IP/HWV verwendet werden dürfen. Eine Weitergabe dieser Daten an unbefugte Dritte ist ausgeschlossen. Bitte senden Sie dieses Formular mit Ihrer Originalunterschrift per Post an uns zurück. Bei minderjährigen Teilnehmern ist die Unterschrift durch die Erziehungsberechtigten zu leisten.

.....
Unterschrift

Datum

Institut für Holistische Medizin (**EMR-IP**)

Franz-Wüllner-Strasse 39

81247 München

Tel.: **089 / 829 40 302**

Fax: **089 / 339 84 995**

E-Mail: info@emr-ip.org

Internet: www.emr-ip.org

