



BEITRITTSFORMULAR

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein ZAHNÄRZTE | BADISCHE BERGSTRASSE e.V.
ab dem _____ gemäß vorliegender Satzung.

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Adresse | privat

Straße _____

PLZ | Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

eMail _____

Adresse | Praxis

Straße _____

PLZ | Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

eMail _____

Jährlicher Mitgliedsbeitrag (mit eMail-Adresse) 150,00 Euro

Jährlicher Mitgliedsbeitrag (ohne eMail-Adresse) 170,00 Euro

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Verein 'ZAHNÄRZTE BADISCHE BERGSTRASSE e.V.' meinen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Kontos mit Lastschrift einzuziehen.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass das angegebene Konto auch für eine eventuelle Erstattung verwendet wird.

Kontoinhaber _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

Name | Ort des Kreditinstitus _____

Datum | Unterschrift des Antragsstellers