

Aufnahmeantrag

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der

Gesellschaft Dortmunder Zahnärzte e.V.

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Privat _____

Strasse _____

PLZ Ort: _____

Tel. privat: _____

Praxis _____

Strasse _____

PLZ Ort: _____

Tel. Praxis: : 0231 / _____

Fax: : 0231 / _____

Email @: _____ @ _____

Momentaner jährlicher Mitgliederbeitrag: _____ **Euro**

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Gesellschaft Dortmunder Zahnärzte e.V meinen Mitgliedsbeitrag für oben genannte Gesellschaft bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Girokonto nicht die genügende Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

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

Kontoinhaber _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

Name/Ort d. Kreditinstitutes _____

Unterschrift: _____