



## Beitrittserklärung / Einzugsermächtigung

Ich trete dem Verein „**Zahnärztlicher Fortbildungskreis Gäuboden e.V.**“ bei.

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ / Praxisort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Telefax \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Den Mitgliedsbeitrag

für approbierte Zahnärzte in Höhe von 50,- EUR pro Jahr

für angestellte Zahnärzte und Ausbildungsassistenten in Höhe von 25,- EUR pro Jahr

bitte ich von meinem

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Bankname / Ort: \_\_\_\_\_

abzubuchen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_