



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

IBAN

BIC

abzubuchen.

Datum: _____ Unterschrift: _____