



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 abzubuchen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92 ZZZ 000000 72906

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger ZF Gäuboden e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger ZF Gäuboden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bankname / Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____