



Zahnärzte für Niedersachsen  
www.zfn-online.de

Zahnärzte für Niedersachsen e.V.  
Joachim Krauß  
Nördliches Feld 17  
29358 Eicklingen

Fon: 05144-92777  
Fax: 05144-92778

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein "Zahnärzte für Niedersachsen e.V." (ZfN) zum \_\_\_\_\_

Ort, Datum	Unterschrift	
Titel: _____	Vorname: _____	Name: _____
PLZ _____	Ort: _____	Straße: _____
Tel: _____	Fax: _____	Geb.-dat: _____

E-Mail  
Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin  selbständig  in d. ersten 3 Jahren n. Praxisgründung  Ehepartner eines Mitglieds  
 angestellt  Rentner  Student(in)  
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

(Die Ermächtigung ist Voraussetzung für Vereinsaufnahme für beitragspflichtige Mitglieder)

Hiermit ermächtige ich den Empfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.  
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Der Speicherung und elektronischen Verarbeitung meiner o.a. Daten zum Zweck der Vereinsverwaltung stimme ich zu.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Beitragsordnung :

Der Beitrag beträgt monatlich für

selbständige Zahnärzte/innen	16,00 Euro
in den ersten 3 Jahren nach Praxisgründung	8,00 Euro
Ehepartner als Doppelmitglied	8,00 Euro
nichtselbständige Zahnärzte/innen	8,00 Euro
Rentner u. Studenten der Zahnmedizin	frei