



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

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.

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