



„Ich mach mit“



Dentista e. V.
Verband der Zahnärztinnen
und Forum Zahntechnikerinnen
Büro: Amelie Stöber

Heerstraße 71
14055 Berlin

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine/unsere Aufnahme in den **Dentista e. V.** als

1

- ordentliches Mitglied
- Mitglieder Elternzeit / Studium / Assistenz / Ruhestand
- Fördermitglied / natürliche Person
- Fördermitglied / juristische Person

2

Name _____

Geburtsdatum _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

eMail _____

Vorname _____

Land _____

Straße / Hausnummer _____

Telefax _____

Website _____

3

Mitgliedsbeiträge
Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich für

- ordentliche Mitglieder € 175.—
- Mitglieder Elternzeit / Studium / Assistenz / Ruhestand € 15.—
- Fördermitglieder / natürliche Personen € 175.—
- Fördermitglieder / juristische Personen € 450.—

Die Mitgliedschaft gilt für ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch, wenn sie nicht bis zum 01.12. des laufenden Jahres für das kommende Jahr gekündigt wird.

4

Zahlungsweg nach Eingang der Beitragsrechnung:

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag selbst
- Ich bitte um SEPA-Lastschriftzug von meinem Konto

in Höhe von _____

Ihre Bank: _____

IBAN: _____

BIC (bei Auslandsgeldverkehr) _____

5

Die Satzung des Dentista e. V. ist mir bekannt. Mit der Zusendung des Mitgliederjournals/des Newsletters bin ich einverstanden (falls nicht, bitte Entsprechendes streichen).

Kontoverbindung des Dentista e. V.:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin
IBAN: DE55 3006 0601 0007 1733 85
BIC: DAAEDEDXXX

Ort / Datum / Unterschrift / Stempel

Bitte vollständig ausgefüllt einsenden an:
Dentista e. V.
Büro: Amelie Stöber · Heerstraße 71 · 14055 Berlin
Telefon: 030 / 30 11 10 21 · Telefax: 030 / 26 39 17 30 32 46
info@dentista.de · www.dentista.de

FOLGENDE FREIWILLIGEN ANGABEN WÄREN HILFREICH FÜR STATISTISCHE ERHEBUNGEN (anonymisierte Veröffentlichung)

a) Haben Sie Kind/er? Wenn ja, Anzahl: _____

b) Berufsausübung – wo sind Sie tätig?

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Labor | <input type="checkbox"/> GP |
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> Inhaberin | <input type="checkbox"/> PG |
| <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> BAG |
| <input type="checkbox"/> Hochschule | <input type="checkbox"/> Unternehmen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

c) Haben Sie einen fachlichen Schwerpunkt?

6

FAX: 030 / 26 39 17 30 32 46