



„Ich mach mit“



Dentista e. V.
Forum Zahnärztinnen
Büro: Amelie Stöber

Schuckertdamm 332
13629 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.

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

5

Ort / Datum / Unterschrift / Stempel _____

Bitte vollständig ausgefüllt einsenden an:
Dentista e. V.
Büro: Amelie Stöber · Schuckertdamm 332 · 13629 Berlin
Telefon: 030 / 25 81 17 57 · Telefax: 030 / 26 39 17 30 32 46
info@dentista.de · www.dentista.de

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) _____

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

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