



„Ich mach mit“



Verband der Zahnärztinnen – Dentista

Verband der Zahnärztinnen – Dentista

Büro: Amelie Stöber

Schuckertdamm 332  
13629 Berlin

# AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine/unsere Aufnahme in den **Verband der Zahnärztinnen – Dentista** als

1

- ordentliches Mitglied
- Mitglied 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 Verbands der Zahnärztinnen – Dentista 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:

Verband der Zahnärztinnen – Dentista  
Büro: Amelie Stöber · Schuckertdamm 332 · 13629 Berlin  
Tel.: 030 / 2581 1757 · Fax: 030 / 2639 1730 3246  
www.dentista.de · info@dentista.de

6

FAX: 030 / 2639 1730 3246

4

### Zahlungsweg nach Eingang der Beitragsrechnung:

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

in Höhe von \_\_\_\_\_

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

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

BIC (bei Auslandsgeldverkehr)

### Kontoverbindung des Verbands der Zahnärztinnen – Dentista:

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 ein 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?

\_\_\_\_\_