



„Ich mach mit“



Verband der Zahnärztinnen – Dentista e.V.

Verband der Zahnärztinnen - Dentista e.V.

Büro: Amelie Stöber

Schuckertdamm 332

13629 Berlin

# AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine/unsere Aufnahme in den **Verband der Zahnärztinnen - Dentista e.V.** als

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

1

2

Name

Vorname

Geburtsdatum

Land

PLZ/Ort

Straße / Hausnummer

Telefon

Telefax

eMail

Website

3

### Mitgliedsbeiträge

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich für

- ordentliche Mitglieder € 175,-
- Mitglieder Elternzeit / Studium / Assistenz / Ruhestand € 15,-
- alleinerziehende Mitglieder € 87,50
- 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. - Verband der Zahnärztinnen 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 e.V.

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 Verband der Zahnärztinnen - 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 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?

\_\_\_\_\_