



„Ich mach mit“

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 _____

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,-
- 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?
