

Ich beantrage die Mitgliedschaft im DZV, Deutscher Zahnärzte Verband e.V., zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Ein Exemplar der Vereinssatzung, die ich hiermit anerkenne, liegt mir vor. Meine persönlichen Daten teile ich zum Zwecke der Speicherung in der Mitglieder-Datei des DZV wie folgt mit:

Absender / Antragsteller

Vorname: _____
Name: _____ Titel: _____
Geb.-Datum: _____ Jahr d. Approbation: _____
Gebietsbezeichnung: _____

Ich bin

- selbständig niedergelassen als Zahnarzt seit: _____
 Assistent
 angestellter Zahnarzt
 nicht mehr berufstätig seit _____
 Student der Zahnmedizin seit _____ an der Universität: _____

Praxisanschrift

Straße: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Fax: _____
Ort: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Fax: _____
Ort: _____ E-Mail: _____

Ich bin bereits Mitglied in folgender Regionalinitiative: _____

- Ich möchte Mitglied der regionalen zahnärztlichen Initiative meines Bereiches werden und bitte um entsprechende Kontaktaufnahme.

Ich bin Mitglied folgender weiterer zahnärztlicher Berufsvereinigungen (Angabe freiwillig): _____

Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren zum quartalsweisen Einzug der Mitgliedsbeiträge:

Ich ermächtige den DZV e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem DZV e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kredit-Institut: _____

IBAN: _____ SWIFT-BIC: _____

Mandatsreferenz: (wird vom DZV e.V. separat mitgeteilt) DZV Gläubiger ID: DE20ZZZ00000483833

Ort, Datum

Unterschrift