



Projekt Qualitätssicherung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, Tel 02241/9722876, Fax 02241/9722879, Mail kontakt@daz-web.de



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Projekt Qualitätssicherung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde e.V. (DAZ). Ich bin niedergelassene Zahnärztin/niedergelassener Zahnarzt (Unzutreffendes bitte streichen) und verpflichte mich durch meinen Beitritt wie folgt:

1. Ich erkenne die Verfahrensordnung des Projektes in der hier beigefügten Form als für mich bindend an.
2. Ich erkenne die Selbstverpflichtungserklärung in der hier beigefügten Form als für mich bindend an.
3. Ich erkläre mich zum Wohle aller am Projekt teilnehmenden Praxen zur Unterstützung des Projekts nach meinen Möglichkeiten bereit.
4. Ich verpflichte Verteilung der Fragebögen entsprechend dem von der Projektleitung festgesetzten Verfahren und zur zusätzlichen uneingeschränkten Weitergabe der Fragebögen an diejenigen Patienten, die auf eigenen Wunsch an der Befragung teilnehmen möchten.
5. Ich akzeptiere, dass bei Meinungsverschiedenheiten mit der Projektleitung der Rechtsweg ausgeschlossen ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Titel/Vorname Name
Praxisanschrift Straße Plz/Ort
Tel Fax Handy E-Mail

Teilnahme am Lastschriftverfahren (nicht Bedingung)

Die Jahresbeiträge sollen bei Fälligkeit bis auf Widerruf abgebucht werden. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Mittel werden ausschließlich für projektbezogene Aufwendungen eingesetzt.

Konto-Inhaber
Geldinstitut
Konto-Nummer
Bankleitzahl

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte einsenden an: **Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde**, Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, Fax 02241/9722879