

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e. V.

Geschäftsstelle: Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Tel. 030 302 30 10 Fax 030 325 56 10

Beitrittserklärung

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum

Praxis – oder Wohnanschrift (Straße , PLZ, Ort)

Telefon praxis oder privat

Fax praxis oder privat

mobile

e- Mail – Adresse

Homepage

Student, angestellt, niedergelassen, im Ruhestand, Fördermitglied, Mitglied im NAV ?

Auf den DAZ bin ich aufmerksam geworden durch:

Beitragsordnung: Studenten / innen sind beitragsfreie Mitglieder

angestellte ZÄ / innen zahlen jährlich einen Beitrag von 96,00 EUR

ZÄ / innen in eigener Praxis zahlen einen Jahresbeitrag von 192,00 EUR

ZÄ / im Ruhestand zahlen einen Jahresbeitrag von 36,00 EUR

Fördermitglieder (keine ZÄ / innen) zahlen jährlich 12,00 EUR

ZÄ / innen sind als Mitglieder im NAV – Virchow – Bundes beitragsfrei

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Ort, Datum und Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den DAZ, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen, und weise mein Kreditinstitut an, die vom DAZ von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen.

Name des Geldinstituts: _____

IBAN DE _____

Ort, Datum, Unterschrift

(STEMPEL)