

# Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

c/o Dr. Peter Nachtweh, Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Tel 030/3023010, Fax 030/3255610  
Mail pnachtweh@t-online.de, www.daz-web.de

## Beitritts-Erklärung

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Privatadresse (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Priv. Tel. Fax Handy

\_\_\_\_\_  
Dienstl. Adresse (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Dienstl. Tel. Fax E-Mail

In eigener Praxis seit: \_\_\_\_\_ Niederlassung geplant in: \_\_\_\_\_

Auf den DAZ bin ich aufmerksam geworden durch: \_\_\_\_\_

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

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

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Konto-Nummer / IBAN

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl / BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

### DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- |                          |                                 |              |
|--------------------------|---------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | stud./cand.med.dent.            | 12 Euro      |
| <input type="checkbox"/> | angestellte/r ZÄ/ZA             | 96 Euro      |
| <input type="checkbox"/> | niedergelassene/r ZÄ//A         | 192 Euro     |
| <input type="checkbox"/> | ZA/ZÄ im Ruhestand              | 36 Euro      |
| <input type="checkbox"/> | Fördermitglied (kein/e ZÄ/ZA)   | 12 Euro      |
| <input type="checkbox"/> | Mitglied des NAV-Virchow-Bundes | beitragsfrei |

(Stempel)