

# Aufnahmeantrag



Zahnärzte für Zahnärzte  
HEIDELBERG e.V.



Sofern Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen, benötigen wir den Aufnahmeantrag mit Ihrer **Original-Unterschrift**. Sie können dieses PDF online ausfüllen, anschließend bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post an u. g. Anschrift senden. Vielen Dank!

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Zahnärzte für Zahnärzte“ e. V.

.....  
*Titel, Vor- und Zuname*

.....  
*Geburtsdatum*

.....  
*Praxisanschrift*

.....  
*Telefon (Praxis)*

.....  
*Telefax (Praxis)*

.....  
*E-Mail*

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die obigen Daten in einem Mitgliederverzeichnis veröffentlicht werden dürfen. Die Vereinssatzung ist mir bekannt. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 120,- Euro. (Beitragsreduktion für Fernmitglieder/Partner/Angehörige/unterjährige Beitritte)

Ich beantrage eine Schnuppermitgliedschaft, Eintritt zum 01.07. eines Jahres für den halben Mitgliedsbeitrag und einer Kündigungsfrist von zwei Wochen zum Jahresende.

.....  
*Ort, Datum und Unterschrift*

## SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (auf Wunsch)

Ich ermächtige den „Zahnärzte für Zahnärzte e. V.“, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem „Zahnärzte für Zahnärzte e. V.“ auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
*Gläubiger-Identifikationsnummer – wird separat mitgeteilt*

.....  
*Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) – wird separat mitgeteilt*

.....  
*Vor- und Zuname des Kontoinhabers*

.....  
*Straße, Hausnummer, PLZ und Ort des Kontoinhabers*

.....  
*Name des Kreditinstituts*

.....  
*IBAN*

.....  
*BIC (nur bei ausländischen Kontoverbindungen)*

.....  
*Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers*

## Zahnärzte für Zahnärzte e.V.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · Mannheim  
IBAN DE43 3006 0601 0007 3373 37 · BIC DAAEDEDXXX

➔ Bitte senden Sie das Anmeldeformular per Post (bei Einzugsermächtigung), Fax oder Mail an:  
Dr. Diana Kessler · Winkelweg 48 · 68305 Mannheim · Fax: 0621/7482220 · d.kessler@zfz-hd.de