

Mitgliedsantrag



Name, Vorname

Strasse (Privatanschrift)

PLZ, Wohnort

Mobil Nummer

E-mail, website

Geb. Datum, Beruf

- Ordentliches Mitglied 17 € monatlich (jährlich 204 €)
- Fördermitglied juristische Person 38 € monatlich (jährlich 456 €)
- Alleinerziehende, Vorbereitungs-, Weiterbildungsass., ZÄ in Elternzeit, Ruhestand, Fördermitglied natürliche Person 8 € monatlich (jährlich 96 €)
- Student/in 0 € monatlich

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband der Zahnärztinnen plus. Die Satzung des VZä plus ist mir bekannt. Der Beitrag wird **jährlich** per Lastschrift eingezogen. Ich willige ein, dass der Verband gemäß DSGVO meine Daten im Rahmen der durch die Satzung bestimmten Vereinszwecke speichert und verarbeitet.

Datum, Ort,

Unterschrift

Hiermit erteile ich ein Sepa-Lastschriftmandat.

Ihre Bank

IBAN

Datum,

Unterschrift

Antrag senden per Fax an: 02271-45126, per E-Mail info@vzaeplus.de oder per Post an: VZäplus, Hausdorffstr. 193, 53129 Bonn