

# 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

**Fax an: 02271-45126 oder Post an: VZäplus, Hausdorffstr. 193, 53129 Bonn**