

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, Tel. 02241/9722876, Fax 02241/9722879, Mail kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Beitritts-Erklärung

Name, Vorname, Titel 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: _____

Einzugsermächtigung

Die Jahresbeiträge sollen bei Fälligkeit bis auf Widerruf abgebucht werden. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Geldinstitut

Konto-Nummer

Bankleitzahl

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 |

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

Ort, Datum, Unterschrift

(Stempel)