

Absenderstempel:

An das
Präsidium des MDZ
Dr. Sabine Köhler
Holzgraben 1 – 3
52062 Aachen

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im
MDZ e.V., Medizinischer Beratungsdienst der Zahnärzte,
zum Beginn des kommenden Monats

Ein Exemplar der Vereinssatzung, die ich hiermit anerkenne, liegt mit vor.

Ort/Datum

Unterschrift

Meine persönlichen Daten teile ich zum Zwecke der Speicherung in der Mitglieder-Datei des MDZ wie folgt mit:

Angaben zur Person:

Name: _____ Titel: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Jahr der Approbation: _____

Jahr Niederlassung: _____

Fachgebiet:

KFO MKG Oralch. DGP-Spez.

_____ _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Fon: _____

Fax: _____

e-mail:

Bankverbindung für Lastschriftinzug

Bank: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

Mitglied folgender **Berufsverbände:**

DZV DGZMK DGP

DGI BDIZ APW _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Fon: _____

Fax: _____

e-mail:

Ich bin damit einverstanden, dass ich Nachrichten vom MDZ per Mail empfangen.

Ich bin damit einverstanden, dass der monatliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von z.Zt. 10 € pro Monat jährlich im 4. Kalendervierteljahr von meinem oben angegebenen Konto eingezogen wird. Der Beitrag wird anteilig ab dem Monat des Beitritts für den Rest des Geschäftsjahres berechnet.

Ort/Datum

Unterschrift