

**Antrag auf Mitgliedschaft im Verein der Freien Zahnärzte Westfalen-Lippe e.V.**

Antragsteller/in \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Anschrift (Privat)** \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Praxis** \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**Mobil** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Ich bin  Studierende/r  Zahnärztin/Zahnarzt

Der Beitrag für Studierende beträgt 20 EURO, der Beitrag für Zahnärztinnen/Zahnärzte 100 EURO jährlich.

---

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die Freien Zahnärzte Westfalen - Lippe e.V., alle von mir zu entrichtenden Zahlungen (wie den jährlichen Mitgliedsbeitrag u. a.) von meinem Konto einzuziehen.

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

**Geldinstitut** \_\_\_\_\_

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen und damit aufgehoben werden.

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_