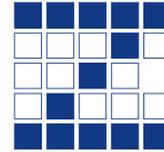


Bitte füllen Sie das Formular vollständig am Computer aus, speichern es ab und senden es an info@iez-ev.de.



Initiative Erlanger Zahnärzte e.V.

Persönliche Daten

Nachname	<input type="text"/>	Henry Schein	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Beitrag für	<input type="text"/>
Titel	<input type="text"/>		
Anrede	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

Praxis

Straße	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Webseite	<input type="text"/>

Privat

Straße	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>

Abbuchung des Mitgliedsbeitrags und ggf. der Veranstaltungsgebühren

Konto	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
Bank	<input type="text"/>		

Höhe der Mitgliedsbeiträge

Zahnärzte/-innen	190,00 Euro jährlich + einmaliger Aufnahmebeitrag 100,00 Euro
Zahnarzt-Ehepaare	240,00 Euro jährlich + einmaliger Aufnahmebeitrag 150,00 Euro
Assistenz Zahnärzte	95,00 EUR jährlich
Praxisgründer	125,00 Euro pro Jahr/zwei Jahre lang + einmaliger Aufnahmebeitrag 100,00 Euro

Studierende der Zahnheilkunde und Zahnärzte im Ruhestand sind beitragsfrei

Die Beiträge werden laut Satzung jährlich im Voraus per Bankeinzug erhoben.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zum Bankeinzug des Mitgliedsbeitrages und von evtl. anfallenden Veranstaltungsgebühren, die ggf. gesondert angegeben werden. Die Satzung wird von mir anerkannt. Mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten, ausschließlich innerhalb des Vereins, bin ich einverstanden.

<input type="text"/>
Ort, Datum

Ja, ich möchte Mitglied werden.

Die Auswahl und der Versand an die IEZ e.V. ersetzt Ihre Unterschrift.

Kommentare

<input type="text"/>
