

Den ausgefüllten Mitgliedsantrag per Fax an:

02 51/1 44 73 25

oder im Fensterumschlag an

BdZM e.V.
Jan-Philipp Schmidt
Toppheideweg 24

48161 Münster

Bundesverband der
Zahnmedizinstudenten in
Deutschland e.V.

1. Vorsitzender
Jan-Philipp Schmidt

Toppheideweg 24
48161 Münster

Tel.: 02 51/1 44 79 86
Fax: 02 51/1 44 73 25
Mobil: 01 70/3 46 22 26

mail@bdzm.de
www.bdzm.de

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im BdZM (Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V.).

PERSÖNLICHE DATEN

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Fachsemester (für Studenten) _____

Kammer/KZV-Bereich (für Zahnärzte) _____

Mitgliedschaft für Zahnmedizinstudenten
>> Jahresbeitrag 12,00 €

Mitgliedschaft für Assistenten
>> Jahresbeitrag 48,00 €

Mitgliedschaft für Zahnärzte
>> Jahresbeitrag 200,00 €

Mitgliedschaft für sonstige fördernde Mitglieder
>> Jahresbeitrag ab 200,00 €

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Speicherung meiner persönlichen Daten.

- Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.
 Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Spendenkonto des BdZM (Deutsche Bank Münster, Kto.-Nr. 0 210 955, BLZ 400 700 80).
 Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

Datum und Unterschrift

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BLZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____
(wenn nicht wie oben angegeben)

Datum und Unterschrift

Stempel