

© Irina84 - stock.adobe.com

Ich beantrage meine Mitgliedschaft im Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

Anrede

Vorname

Name

Geburtsdatum

Gewünschtes Eintrittsdatum

PRAXISANSCHRIFT/STUDIENANSCHRIFT

Straße

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail*

Approbationsdatum *(Studierende bitte voraussichtliches Datum angeben)*

Niederlassungsdatum

PRAXISANSCHRIFT/STUDIENANSCHRIFT

Straße

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail*

Post an: ☐ Praxisanschrift ☐ Studienanschrift ☐ Privatanschrift

Zum Beitritt motiviert hat mich* /
Ich habe vom FVDZ erfahren durch*

Ort/Datum

Unterschrift

Nur für Studierende der Zahnmedizin

Studienbeginn

zzt. im Studiensemester

Studienort

EINSTUFUNG MONATSBEITRÄGE

☐ Zahnärztin/Zahnarzt	41,– EUR
☐ Zahnarzt-Ehepaare (pro Mitglied)	33,– EUR
☐ Doppelmitglieder (Hartmannbund)	37,– EUR
☐ Angestellte(r) Zahnärztin/Zahnarzt	30,– EUR
☐ Angestellte(r) Zahnärztin/Zahnarzt (bis 5 Jahre nach Approbation)	23,– EUR
☐ Assistentin/Assistent (in den ersten 2 Jahren nach Approbation)	8,– EUR
☐ Praxisneugründerin/Praxisneugründer (3 Jahre ab dem Tag der Niederlassung)	23,– EUR
☐ Zahnärztin/Zahnarzt im Ruhestand	13,– EUR
☐ Im Ausland tätige(r) Zahnärztin/Zahnarzt	21,– EUR
☐ Studierende der Zahnmedizin	beitragsfrei

Zahlweise: ☐ 1/4-jährlich ☐ jährlich

Mein FVDZ: Jedem Mitglied ist es freigestellt, zur Förderung des Verbandes einen monatlichen oder jährlichen freiwilligen Zusatzbeitrag zu leisten.

Bei geänderten Voraussetzungen erfolgen Umstufungen in eine andere Beitragsgruppe. Rückwirkende Beitragssenkungen sind nicht möglich. Die Satzung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ) habe ich unter www.fvdz.de zur Kenntnis genommen. Ich erkläre mich grundsätzlich mit den Zielen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte einverstanden und bin nicht Mitglied einer Vereinigung, deren Ziele mit denen des Freien Verbandes nicht vereinbar sind. Mit der Verwendung meiner Daten erkläre ich mich einverstanden, soweit diese zur Erlangung oder Vermittlung von Serviceleistungen bzw. Vergünstigungen aufgrund meiner Mitgliedschaft erforderlich sind. Alle Daten werden entsprechend der Datenschutzgrundverordnung vertraulich behandelt.

**Freiwillige Angabe zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch den FVDZ zur Mitgliederorganisation und betreffend die E-Mail-Adresse zur Zusendung der regelmäßig erscheinenden kostenlosen digitalen Publikationen für FVDZ Mitglieder zu Themen aus den Bereichen Gesundheits-, Berufs- und Standespolitik sowie Fortbildung und Serviceangeboten. Freiwillige Angaben können Sie nach Art. 7 Abs. 3 Datenschutzgrundverordnung jederzeit schriftlich (Mail an: info@fvdz.de / Fax: +49 228 345465) oder telefonisch unter +49 228 8557-0 widerrufen.*

Weitere Datenschutzinformationen bezogen auf die Verbandsmitgliedschaft können Sie in unserer Online-Datenschutzerklärung (insb. unter Ziff. 8) unter https://www.fvdz.de/datenschutzerklaerung abrufen.

Mallwitzstraße 16 • 53177 Bonn • Telefon: +49 228 85 57-0 • Fax: +49 228 345465 • E-Mail: info@fvdz.de • Internet: www.fvdz.de

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Zahlungsempfänger: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE6280100000279474, Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen
Ich ermächtige den Freien Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

IBAN

BIC

Kreditinstitut (Name)

Ort, Datum

Unterschrift