



© 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

<input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt	41,- EUR
<input type="checkbox"/> Zahnarzt-Ehepaare (pro Mitglied)	33,- EUR
<input type="checkbox"/> Doppelmitglieder (Hartmannbund)	37,- EUR
<input type="checkbox"/> Angestellte(r) Zahnärztin/Zahnarzt	30,- EUR
<input type="checkbox"/> Angestellte(r) Zahnärztin/Zahnarzt (bis 5 Jahre nach Approbation)	23,- EUR
<input type="checkbox"/> Assistentin/Assistent (in den ersten 2 Jahren nach Approbation)	8,- EUR
<input type="checkbox"/> Praxisneugründerin/Praxisneugründer (3 Jahre ab dem Tag der Niederlassung)	23,- EUR
<input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt im Ruhestand	13,- EUR
<input type="checkbox"/> Im Ausland tätige(r) Zahnärztin/Zahnarzt	21,- EUR
<input type="checkbox"/> 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](http://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](mailto: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](mailto:info@fvdz.de) • Internet: [www.fvdz.de](http://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
 

---