3 0 3 4

MITGLIEDSANTRAG

auch online:

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

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

Anrede | Titel

Vorname

Name

Geburtsdatum | Gewünschtes Eintrittsdatum

Praxisanschrift/Studienanschrift

Straße

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail*

Approbationsdatum *(Studierende bitte voraussichtliches Datum angeben)*

Niederlassungsdatum

Privatanschrift

Straße

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail*

Post an: ☐ Praxisanschrift ☐ Studienanschrift ☐ Privatanschrift

Nur für Studierende der Zahnmedizin

Studienbeginn | zzt. im Studiensemester

Studienort

Einstufung Monatsbeiträge

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

Zahlweise: ☐ 1/4-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 Angaben zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch den FVDZ zur Mitgliederorganisation und betreffend die E-Mailadresse 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: 0228 /340671) oder telefonisch unter 0228/8557-0 widerrufen.*

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

Zum Beitritt motiviert hat mich* / Ich habe vom FVDZ erfahren durch* | Ort/Datum | Unterschrift

Postanschrift: Ubierstr. 83, 53173 Bonn · Hauptsitz: Augustr. 28, 10117 Berlin · Internet: www.fvdz.de

SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Augustr. 28, 10117 Berlin
Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE62B0100000279474, 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

DIE NEUE GBT MACHINE®

10 YEARS GBT

GUIDED BIOFILM THERAPY®



JETZT GESCHENK SICHERN!

EMS
MAKE ME SMILE.