

**Ich beantrage meine Mitgliedschaft
im Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V.****Nur für Studierende der Zahnmedizin**

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

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: Ubiestr. 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