Den ausgefüllten Mitgliedsantrag im Fensterumschlag an:

BdZM
Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V.

BdZM e.V.
Chausseestraße 14
10115 Berlin

Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V.

1. Vorsitzender
Kai Becker

Geschäftsstelle
Chausseestraße 14
10115 Berlin

Tel.: 030 223208-90
Fax: 030 223208-91
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) _____

Unistandort (für Studenten und Assistenten) _____

Kammer/KZV-Bereich (für Zahnärzte) _____

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Speicherung meiner persönlichen Daten.

_____
Datum und Unterschrift

❏ **Mitgliedschaft für Zahnmedizinstudenten**
>> kostenlos

❏ **Mitgliedschaft für Assistenten**
>> Jahresbeitrag 50,00 €

❏ **Mitgliedschaft für Zahnärzte**
>> Jahresbeitrag 100,00 €

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

❏ Ich bin Zahnmedizinstudent oder möchte es werden – meine Mitgliedschaft ist kostenlos

❏ Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.

❏ Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Spendenkonto des BdZM:
Deutsche Bank Münster
IBAN: DE35 4007 0080 0021 0955 00, BIC: DEUTDE3B400

❏ Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

BIC _____

IBAN _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____
(wenn nicht wie oben angegeben)

_____
Datum und Unterschrift

_____
Stempel