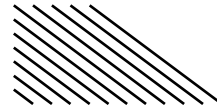




Aachener Fortbildung für Zahnärzte e.V.
Kullenhofstr. 30

52074 Aachen

Aachener Fortbildung
für Zahnärzte e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Verein: „Aachener Fortbildung für Zahnärzte“

- rückwirkend zum 1. Januar des laufenden Jahres
 zum 1. Januar des kommenden Jahres

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Beruf: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Land: _____

Tel.: _____ Fax: _____
Praxis Privat Praxis Privat

e-mail-Adresse: _____

Datum Unterschrift

Bankverbindung: _____
Bank BLZ Konto-Nr.:

Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit 40,00 Euro. Die Zahlung erfolgt durch Bankeinzug. Hiermit ermächtige ich die „Aachener Fortbildung für Zahnärzte e. V.“ den jährlichen Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem oben angegebenen Konto einzuziehen.

Datum Unterschrift