

Antrag auf Fördermitgliedschaft

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V. (FVDZ)

Auch wenn Sie kein Zahnarzt sind, können Sie die Interessenvertretung der freien Zahnärzte in Deutschland über eine Fördermitgliedschaft unterstützen. Fördermitglied kann jede natürliche Person werden, die sich zu den Zielen des Freien Verbandes bekennt. Die Fördermitgliedschaft hat symbolischen Charakter und es ergeben sich keine gesonderten Rechte daraus. Sie können Ihre Beitragskategorie selbst festlegen.

Monatsbeiträge:

- monatlich mit 8,00 € (vierteljährlich 24,00 € / jährlich mit 96,00 €)
- monatlich mit 23,00 € (vierteljährlich 69,00 € / jährlich mit 276,00 €)
- monatlich mit 30,00 € (vierteljährlich 90,00 € / jährlich mit 360,00 €)
- monatlich mit 41,00 € (vierteljährlich 123,00 € / jährlich mit 492,00 €)

Zahlweise: **vierteljährlich** / **jährlich**

Persönliche Angaben

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail* _____

Berufliche Angaben (freiwillig)

Beruf / Tätigkeit: _____

Praxis / Institution: _____

Warum möchte ich Fördermitglied werden?

Möchten Sie noch etwas in den Verband einbringen?

Datenschutz

Mit der Verwendung meiner Daten erkläre ich mich einverstanden, soweit diese 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-Mailadresse zur Zusendung der regelmäßig erscheinenden kostenlosen digitalen Publikationen für FVDZ-Mitglieder zu Themen aus den Bereichen Gesundheits-, Berufs- und Standespolitik. Freiwillige Angaben können Sie nach Art. 7 Abs. 3 Datenschutzgrundverordnung jederzeit schriftlich (Mail an: info@fvdz.de) 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.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Auguststr. 28, 10117 Berlin,
Gläubiger-ID: DE62B010000279474, Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt, Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige den Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto 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:** _____

Ich erkenne die Satzung sowie die Ziele des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ) an und möchte diese durch meine Fördermitgliedschaft unterstützen. Ich bin kein Mitglied einer Vereinigung, deren Ziele mit denen des Freien Verbandes nicht vereinbar sind. Die Fördermitgliedschaft kommt mit der schriftlichen Annahme des Antrags durch den FVDZ sowie unter dem Vorbehalt der Eintragung der Satzungsänderung zur Fördermitgliedschaft in das Vereinsregister zustande. Ein Anspruch auf Aufnahme besteht nicht.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____