

MITGLIEDSANTRAG

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

Nur für Studierende der Zahnmedizin

Anrede _____

Studienbeginn _____

Vorname _____

z.Zt. im Studiensemester _____ Studienort _____

Name _____

Einstufung Monatsbeiträge

Geburtsdatum _____ Gewünschtes Eintrittsdatum _____

- Zahnärztin/Zahnarzt 41,00 €
- Zahnarzt-Ehepaare (pro Mitglied) 33,00 €
- Doppelmitglieder (Hartmannbund) 37,00 €
- Angestellte(r) Zahnärztin/Zahnarzt 30,00 €
- Angestellte(r) Zahnärztin/Zahnarzt (bis 5 Jahre nach Approbation) 23,00 €
- Assistentin/Assistent (in den ersten 2 Jahren nach Approbation) 12,00 €
- Praxisneugründerin/Praxisneugründer (3 Jahre ab dem Tag der Niederlassung) 23,00 €
- Zahnärztin/Zahnarzt im Ruhestand 13,00 €
- Im Ausland tätige(r) Zahnärztin/Zahnarzt 21,00 €
- Studierende der Zahnmedizin beitragsfrei

Praxisanschrift/Studienanschrift

Straße _____

Zahlweise: 1/4-jährlich jährlich

PLZ/Ort _____

Telefon/E-Mail* _____

Mein FVDZ: Jedem Mitglied ist es freigestellt, zur Förderung des Verbandes einen monatlichen oder jährlichen freiwilligen Zusatzbeitrag zu leisten.

Approbationsdatum (Studierende bitte voraussichtliches Datum angeben) _____

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.

Niederlassungsdatum _____

Privatanschrift

Straße _____

*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 sowie Fortbildung und Serviceangeboten. Freiwillige Angaben können Sie nach Art. 7 Abs. 3 Datenschutzgrundverordnung jederzeit schriftlich (Mail an: info@fvdz.de / Fax: 0228/345465) oder telefonisch unter 0228/8557-0 widerrufen.

PLZ/Ort _____

Telefon/E-Mail* _____

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

Post an: Praxisanschrift Studienanschrift Privatanschrift

Zum Beitritt motiviert hat mich* / Ich habe vom FVDZ erfahren durch* _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Mallwitzstraße 16 • 53177 Bonn • Telefon: 02 28 / 85 57-0 • Fax: 02 28 / 34 54 65 • E-Mail: info@fvdz.de • Internet: www.fvdz.de

SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn

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 _____