

Eine Initiative engagierter Zahnärzte in Bayern für das gesamte Praxisteam

An den Verein
ZUKUNFT PROPHYLAXE e.V.
Geschäftsstelle
Rückertstraße 24
97421 Schweinfurt

FAX: 09721 2 12 05

Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Zukunft Prophylaxe

Name

Titel: Vorname: Name:

ZFA ZMP ZMH DH ZA / ZÄ

Anschrift (an diese Adresse wird die Zeitschrift Prophylaxe Impuls geschickt)

PLZ: Ort: Praxis Privat

Straße : Nr :

Wenn dies Praxisadresse bitte Titel, Vorname und Name des Inhabers: wie oben

Telefon :

Fax:

E-Mailadresse (Wichtig für die Kommunikation mit den Mitgliedern) :

_____ @ _____

Der Beitrag : pro Kalenderjahr: 60.- € für ZÄ/ZA , 30.-€ für ZFA/ZMF/ZMP/DH.

Der Mitgliedsbeitrag soll von folgendem Konto per Lastschrift abgebucht werden.

IBAN: BIC :

Name der Bank:

Kontoinhaber :

.....
Ort/ Datum Unterschrift für Mitgliedschaft

.....
Unterschrift Kontoinhaber /Bemächtigter für Lastschriftmandat

Geschäftsstelle: ZUKUNFT PROPHYLAXE E.V. Rückertstr. 24, 97421 Schweinfurt

1.Vorsitzender: Dr. Friedrich-Wilhelm Grelle **Telefon:** 09721/2 33 84 **E-Mail:** dr.f.w.grelle@gmx.de **Telefax:** 09721/2 12 05

Bankverbindung: Deutsche Apotheker und Ärztebank

IBAN: DE88 3006 0601 0003 6679 87 **BIC:** DAAEDEDXXX