



Mitgliedsantrag

Kirchstr. 19 47608 Geldern
 Telefon: (0 28 31) 3 95 97 21
 Fax: (0 28 31) 88810
 Mail: kontakt@izn-info.de
 www.izn-info.de

Beitrag: Zahnarzt/ärztin 50,00€
 Assistent/in 20,00€
 Neugründer (2 Jahre) 25,00€
 Eintritt Datum: _____

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Initiative der Zahnärzte am Niederrhein e.V.

Daten	
Titel	Geb. Dat.
Vorname	Handy Nr. für Messenger Gruppe
Name	

Praxisanschrift	Privatanschrift
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Name der Bank:	Ort
IBAN	BIC

Hiermit beauftrage ich die Initiative der Zahnärzte am Niederrhein e.V. bis auf Widerruf von meinem Konto den Mitgliedsbeitrag gemäß Satzung einzuziehen. Der Einzug erfolgt jährlich Anfang des III. Quartals.

Ort/Datum	Unterschrift
Gerichtsstand VR 986 Geldern	Apo Bank D´dorf IBAN:DE55300606010007041950 BIC:DAAEDEDXXX