Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft ab dem _____in der

Aktionsgemeinschaft Freie Zahnheilkunde Oberbayern e.V.

Titel / Familienname | Geburtsdatum

Vorname | Vertragszahnarzt ja ☐ nein ☐

Strasse

PLZ/Ort | Email- Adresse

Telefon | Telefax

Ort/Datum | Praxisstempel/Unterschrift

Ich überweise den Jahresbeitrag von EUR 50.- auf das Konto Nr. 380 107 888 der Sparkasse Rosenheim (BLZ 711 500 00) ☐ ja ☐ nein

oder

Einzugsermächtigung

Hiermit beauftrage ich die Aktionsgemeinschaft Freie Zahnheilkunde Oberbayern e.V., von meinem Konto den Mitgliedsbeitrag in Höhe von EUR 50,- jährlich einzuziehen.

Kontonummer | Bankleitzahl

Name der Bank

Ort/Datum | Praxisstempel/Unterschrift

Formular drucken

An die Geschäftsstelle
der AFZ Obb.

Salzburger Str.52

83071
Stephanskirchen