

Absenderstempel

An den
Zahnärztlichen Verein
zu Frankfurt am Main von 1863 e.V.
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt

() Ich möchte gerne Mitglied des Zahnärztlichen Vereins zu Frankfurt am Main von 1863 e.V. werden.

() Ich bin bereits Mitglied, meine Daten haben sich geändert:

Frau / Herr Staatsexamen in

Name

Titel / Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Datum

Unterschrift

.....

Der Mitgliedsbeitrag ab 2015 beträgt 65.- € pro Jahr, Studenten und Rentner sind frei.

Ich beauftrage den Zahnärztlichen Verein zu Frankfurt am Main von 1863 e.V. bis auf Widerruf, den aktuellen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen.

Name des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Name der Bank:

Ort, Datum

Unterschrift