

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



() 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..... Geb. Datum.....

Strasse und Hausnummer.....

PLZ und Ort.....

Tel./Fax/Mail.....

Datum Unterschrift.....

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit € 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:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Bank.....

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und stimme zu.

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Zahnärztlicher Verein zu Frankfurt am Main von 1863 e.V. Rhonstr. 4, 60528 Frankfurt

Vereinsregister Frankfurt am Main, VR 54 22

www.zvffm.de