Den ausgefüllten Mitgliedsantrag im Fensterumschlag an:

BdZM
Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V.

BdZM e.V.
Chausseestraße 14
10115 Berlin

Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V.

1. Vorsitzender
Maximilian Voß

Geschäftsstelle
Chausseestraße 14
10115 Berlin

mail@bdzm.de
www.bdzm.de

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im BdZM (Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V.).

PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Fachsemester (für Studenten)

Unistandort (für Studenten und Assistenten)

Kammer/KZV-Bereich (für Zahnärzte)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Speicherung meiner persönlichen Daten.

Datum und Unterschrift

- ❑ **Mitgliedschaft für Zahnmedizinstudenten**
  >> kostenlos
- ❑ **Mitgliedschaft für Assistenten**
  >> Jahresbeitrag 50,00 €
- ❑ **Mitgliedschaft für Zahnärzte**
  >> Jahresbeitrag 100,00 €
- ❑ **Mitgliedschaft für sonstige fördernde Mitglieder**
  >> Jahresbeitrag ab 200,00 €

- ❑ Ich bin Zahnmedizinstudent oder möchte es werden – meine Mitgliedschaft ist kostenlos.
- ❑ Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.
- ❑ Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Spendenkonto des BdZM:
  Deutsche Bank Münster
  IBAN: DE35 4007 0080 0021 0955 00, BIC: DEUTDE3B400
- ❑ Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

BIC | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut

Kontoinhaber
(wenn nicht wie oben angebeben)

Datum und Unterschrift

Stempel