

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., die korporatives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Düsseldorf, ist. Durch die Mitgliedschaft, die

beginnt, bin ich gleichzeitig Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Düsseldorf, und ich erhalte die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift als im Jahresbeitrag enthaltene Mitgliederzeitschrift.

Ich bin bereits Mitglied in der DGZMK !!!

Meinen Jahresbeitrag von 100,- € (Assistenten bis zum 3. Jahr nach Approbation 90,- €) (25,- € für die Westfälische Gesellschaft für ZMK und 75,- € (bzw. 65,- €) für die DGZMK)

überweise ich jeweils bis zum 31.03. des laufenden Jahres auf das Konto der Westfälischen Gesellschaft für ZMK e.V..

**Dt. Apotheker- und Ärztebank Münster, Konto 000 204 3971, BLZ 300 606 01,**

**IBAN: DE58 3006 0601 0002 0439 71 BIC: DAAEDEDXXX**

**Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE37ZZZ00000601382 oder**

ich entrichte ihn durch Lastschriftverfahren (Sie erleichtern uns damit die Verwaltung):

## SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - wiederkehrende Zahlungen -

Zahlungsempfänger: Westfälische Gesellschaft für ZMK e.V., Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

### SEPA-Lastschriftsmandat

Ich, \_\_\_\_\_, ermächtige die WGZMK e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Westfälischen Gesellschaft für ZMK e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name, Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ (ab 65. Lebensjahr beitragsfrei)

Private Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Privat): \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Praxis): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel

Dt. Apotheker- und Ärztebank Münster, Konto 000 204 3971, BLZ 300 606 01,

IBAN: DE58 3006 0601 0002 0439 71 BIC: DAAEDEDXXX