

Geschäftsstelle
Reichshofstr. 77
58239 Schwerte

Tel 02304 - 67137
Fax 02304 - 63254



Wählerverband Zahnärzte Westfalen e.V.

Mitglied der Interessengemeinschaft
zahnärztlicher Verbände in Deutschland e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Wählerverband Zahnärzte Westfalen“ (ehemals „Unabhängiger Zahnärzteverband e.V.“).

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für selbständige Zahnärztinnen/Zahnärzte 200,00 €, für angestellte oder nicht mehr tätige Zahnärztinnen/Zahnärzte 100,00 €, für Zahnärztehepaare gemeinsam 300,0 €. Studenten der Zahnmedizin sind von der Beitragspflicht entbunden. Die Beitragspflicht entsteht im Kalenderjahr nach der Aufnahme und endet am Ende des Jahres, in dem die Mitgliedschaft erlischt. Auf Antrag kann der Vorstand eine zeitlich begrenzte Beitragsreduzierung oder Beitragsbefreiung beschließen. Der Beitrag wird jährlich im Voraus per Bankeinzugsverfahren erhoben.

Name: _____

Vorname, Titel: _____

Telefon (Praxis): _____ - _____

Fax (Praxis): _____ - _____

Telefon (Privat / Mobil): _____ - _____

E-Mail-Adresse: _____

Praxisstempel:

Ort, Datum

Unterschrift

gez. WZV

Geschäftsstelle
Reichshofstr. 77
58239 Schwerte

Tel 02304 - 67137
Fax 02304 - 63254



Wählerverband Zahnärzte Westfalen e.V.

Mitglied der Interessengemeinschaft
zahnärztlicher Verbände in Deutschland e.V.

Einzugsermächtigung

Den Mitgliedsbeitrag für den „Wählerverband Zahnärzte Westfalen“ möchte ich jährlich per Bank-
einzugsverfahren von folgendem Konto einziehen lassen:

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Bank, Ort: _____

BLZ: _____

Ort, Datum

Unterschrift