

Aufnahmeantrag in den Zahnärztering Coesfeld – Baumberge e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Zahnärztering Coesfeld – Baumberge e. V.. Ich habe die Satzung und Datenschutzordnung zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit deren Zielen und Inhalten einverstanden. Ich werde die Satzung, Datenschutzordnung und die Beschlüsse des Zahnärztering mit deren Wortlaut und Intention entsprechend beachten.

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift (Privat)

Straße _____ PLZ, Ort _____

Praxis

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Praxisstempel

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Zahnärztering Coesfeld – Baumberge e.V., alle von mir zu entrichtenden Zahlungen (wie den jährlichen Mitgliedsbeitrag u. a.) von meinem Konto einzuziehen.

IBAN

BIC

Geldinstitut

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen und damit aufgehoben werden.

Datum _____

Unterschrift _____



Korrespondenzadresse:

c/o ZA Matthias Borkmann
Borkener Straße 68, 48653 Coesfeld
Tel. 02541 - 84580, Fax 02541 - 845820
Email borkmann@zahnaerzte-coesfeld.de