



ESSENER INITIATIVE DER ZAHNÄRZTE E. V.
MUNDGESUNDHEIT IN ESSEN

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Essener Initiative der Zahnärzte e.V. „EINZ“.
Die Satzung ist mir bekannt.

Der Mitgliedsbeitrag - jährlich - beträgt für:

Assistenz-Zahnärzte mit Nachweis	35 Euro
angestellte Zahnärzte.....	50 Euro
niedergelassene Zahnärzte.....	70 Euro
Studenten.....	kostenfrei

Name: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Essen, den _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Ich beauftrage die EINZ, den Jahresbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.
Diese Ermächtigung gilt bis auf Widerruf.
Kontoführende Bank oder Sparkasse (Bitte genaue Bezeichnung eintragen).

Kto.-Nr.: _____ BLZ: _____

Vor- und Zuname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Essen, den _____ Unterschrift: _____

Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig aus und senden uns dieses unterschrieben per Post oder Fax an folgende Kontaktadresse zu. Vielen Dank!

Die EINZ. z. Hd. Fr. Dr. Hanna Zuralski, Frintroper Str. 20, 45359 Essen. FAX: 0201 / 310 47 023