

## 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!