

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft zur Vereinigung Unabhängiger Zahnärzte Grafschaft Bentheim. Der Mitgliedsbeitrag liegt bei 25,00 Euro pro Jahr und wird per Lastschrift eingezogen.

Bitte vollständig ausfüllen:

Name, Vorname

Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

eMail

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Kontonummer

Bankleitzahl

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift