

ZGiH  
Dr. Michael Plate  
Denkmalstrasse 2A  
58099 Hagen

### Ich möchte Mitglied werden:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der **Zahnärztlichen Gesellschaft in Hagen** und erkenne die Satzung dieser Gesellschaft an.

Herr  Frau  Titel: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vorbereitungs - Assistent :

Ich bin einverstanden, dass mein Jahresbeitrag (Niedergelassene 120 €/Jahr; Assistenten 60 €/Jahr) von folgendem Konto eingezogen wird:

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_