

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: _____