

Achtung: Bitte **nicht** faxen sondern per Post schicken.

BktZ – Welfenweg 18 – 31303 Burgdorf

Beitrittserklärung

Ich stelle hiermit einen Antrag auf Mitgliedschaft in der Bundesvereinigung *kieferorthopädisch tätiger* ZÄ (**BktZ**) e.V.

Approbation (erworben wo / Jahr):

Name:

Vorname:

PLZ, Ort:

Strasse, Nr.:

Telefon / Fax:

e-mail:

Geburtsdatum:

Praxisstempel:

Facharzt KFO ja / nein
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Abbuchungserlaubnis

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein jährlicher Mitgliedsbeitrag von zur Zeit 130 € für die Bundesvereinigung *kieferorthopädisch tätiger* ZÄ bis auf Widerruf durch die Deutsche Apotheker- u. Ärztebank Hannover e.G. abgebucht wird:

Mein Name, Vorname:

Meine Kontonummer:

Meine Bank / mein Kreditinstitut:

Sitz der Bank / Ort: BLZ:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift