



Vereinigung Dorstener Zahnärzte (VDZ)
Geschäftsstelle
z. Hd. Dr. Swantje Engels
Hervester Str. 34a
46286 Dorsten

Fon: 02369 / 24 784
Fax: 02369 / 6759

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die „Vereinigung Dorstener Zahnärzte e.V.“

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer (Privat): _____

PLZ, Ort (Privat): _____

Straße, Hausnummer (Praxis): _____

PLZ, Ort (Praxis): _____

Telefon (Privat): _____ / _____ Telefon (Praxis): _____ / _____

Mobil: _____

eMail: _____ @ _____

Der Jahresbeitrag beträgt 30,00 €, und wird fällig zum 01. Februar jeden Jahres per Überweisung bzw. Dauerauftrag.

IBAN: DE 90 4246 1435 0145 1188 00
Volksbank Dorsten

Dorsten, den _____

(Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin)