

Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V.
c/o Zahnärztekammer Berlin
Stallstraße 1
10585 Berlin



Beitrittserklärung
zum
Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V.

Ich möchte Mitglied werden im Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V.
und gebe dazu die folgenden Daten bekannt:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____

Ich ermächtige das Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von derzeit 48,00 Euro/Jahr von meinem nachstehend aufgeführten Bankkonto einzuziehen:

Kontoinhaber: _____
Bank: _____
IBAN: _____

Ich interessiere mich für eine Mitarbeit im vom BHZ unterstützten Hilfsprojekt:

Datum

Unterschrift

Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V.
Vorsitzender: Jens Fütting
AG Charlottenburg
Vereinsregister-Nr.: 21461 Nz

c/o Zahnärztekammer Berlin
Stallstraße 1 | 10585 Berlin (Charlottenburg)
Telefon 030 | 34 808 - 0
Telefax 030 | 34 808 - 200

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
BIC DAAEDEDXXX
Beitrags-Konto: IBAN DE54 3006 0601 0005 2111 90
Spenden-Konto: IBAN DE98 3006 0601 0105 2111 90