

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



**Antrag auf Mitgliedschaft
im
Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V.**

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e. V.
und gebe dazu die folgenden Daten bekannt:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich ermächtige Sie widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von derzeit 48,00 Euro/Jahr
von meinem nachstehend aufgeführten Bankkonto einzuziehen:

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum

Unterschrift