



**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, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telefaxnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige Sie widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von zur Zeit 40,00 €/Jahr von meinem nachstehend aufgeführten Bankkonto einzuziehen.

Bank: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift