

Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit Stadt und Landkreis Ansbach e.V. AZ

Geschäftsstelle AZ: Dr. Manfred Albrecht, Am Markt 8, 91583 Schillingsfürst
Bankverbindung: Sparkasse Ansbach, Konto 211 680, BLZ 765 500 00

Beitrittserklärung

Ich bitte um Aufnahme in die AZ.

Die Satzung wird mir erklärt oder auf Anforderung zugesandt.

Der Jahresbeitrag beträgt € 100,-. Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt.

Name	Vorname	Beruf	Straße	Ort

Telefon	Fax	E-mail	Geb.	Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die AZ e.V. bis auf Widerruf meinen Jahresbeitrag in Höhe von € 100.- von meinem Konto abzubuchen.

Name	Vorname	Kontonummer	BLZ	Bank

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Die Abbuchung erfolgt bis ca. 4 Wochen nach dem Beitritt. In den Folgejahren wird der Beitrag laut Satzung jeweils im Januar eingezogen. Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden und wird beim Ende der Mitgliedschaft wirkungslos. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Bankverbindungen mit. Nicht ausführbare Einzugsermächtigungen belasten die Vereinskasse mit unnötigen Gebühren.

**Solidaritätsstärkungserklärung der Zahnärztinnen und
Zahnärzte, Kieferorthopäden, Kieferchirurgen und
Oralchirurgen**

1. Der Unterzeichner verpflichtet sich, mit keiner Krankenkasse, weder GKV noch PKV, einen individuellen Vertrag abzuschließen, um die bestehende Solidarität in der Kollegenschaft weiter zu festigen.
2. Der Unterzeichner stimmt zu, daß sein Name mit den Namen der anderen Unterzeichner der Solidaritätsstärkungserklärung in den regionalen und überregionalen Zeitungen veröffentlicht werden kann.

Praxisadresse:

.....
Ort, Datum, Unterschrift