

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



000021168010A580404190

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit Stadt- u. Landkreis Ansbach e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Markt 8

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

91583 Schillingsfürst

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE37ZZZ00000532415

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit Stadt- u. Landkreis Ansbach e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit Stadt- u. Landkreis Ansbach e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit Stadt- u. Landkreis Ansbach e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Aktionsgemeinschaft Zahngesundheit Stadt- u. Landkreis Ansbach e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment
 Einmalige Zahlung / One-off payment
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell