

MITGLIEDSANTRAG

--	--	--	--

Ja, ich beantrage meine Mitgliedschaft
im Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

Vorname _____ m w

Name _____

Geburtsdatum _____

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Praxisanschrift/Studienanschrift

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Niederlassungsdatum _____

Privatanschrift

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Nur für Studierende der Zahnmedizin und Assistenten

Approbationsdatum (Studenten bitte voraussichtliches Datum angeben) _____

zzt. im Studiensemester _____

Studienort _____

Einstufung Monatsbeiträge ab 01.01.07

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt | € 27,00 |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt-Ehepaare (pro Mitglied) | € 21,00 |
| <input type="checkbox"/> Doppelmitglieder (Hartmannbund) | € 24,00 |
| <input type="checkbox"/> Praxisneugründer
(3 Jahre ab dem Tag der Niederlassung) | € 14,00 |
| <input type="checkbox"/> Assistenten
(in den ersten 2 Jahren nach der Approbation) | € 7,00 |
| <input type="checkbox"/> Assistenten | € 14,00 |
| <input type="checkbox"/> Studierende der Zahnmedizin | € 1,50 |
| <input type="checkbox"/> Zahnärzte im Ruhestand | € 5,00 |

Bei geänderten Voraussetzungen erfolgen Umstufungen in eine andere Beitragsgruppe. Rückwirkende Beitragssenkungen sind nicht möglich.

Einzugsermächtigung

Hiermit beauftrage ich den Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V., bis auf Widerruf von meinem Konto den Mitgliedsbeitrag gemäß obiger Einstufung einzuziehen.

- 1/4-jährlich jährlich

Name der Bank _____

Ort _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Ich erkläre mich grundsätzlich mit den Zielen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte einverstanden und bin nicht Mitglied einer Vereinigung, deren Ziele mit denen des Freien Verbandes nicht vereinbar sind. Mit der Verwendung meiner Daten erkläre ich mich einverstanden, soweit diese zur Erlangung oder Vermittlung von mir gewünschten Serviceleistungen bzw. Vergünstigungen aufgrund meiner Mitgliedschaft erforderlich sind.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

- Ich möchte die täglich bzw. wöchentlich erscheinenden kostenlosen E-Mail-Publikationen für Mitglieder des Freien Verbandes zu Themen aus den Bereichen Gesundheits-, Berufs- und Standespolitik sowie Fortbildung und Service an meine E-Mail-Adresse erhalten.

In den Mitgliedsbeiträgen für Zahnärzte (mit Ausnahme der Assistenten, Praxisneugründer und Zahnärzte im Ruhestand) sind € 5,00 zweckgebunden für die Öffentlichkeitsarbeit des Bundesverbandes und jeweils € 2,50 zweckgebunden für den Etat „Zukunftsaufgaben“ (u. a. Errichtung und Unterhaltung einer Vertragsabteilung) des Bundesverbandes enthalten. Der Beitrag für Studierende der Zahnheilkunde wird einmal jährlich per Lastschriftverfahren eingezogen.

Präambel der Satzung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.

Das Ziel des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte ist die Sicherstellung der freien Ausübung des zahnärztlichen Berufes zum Wohle des Patienten. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte handelt als umfassende und unabhängige Interessenvertretung seiner Mitglieder. Nur ein unabhängiger und von Bevormundung freier Zahnarzt kann seinen beruflichen und ethischen Verpflichtungen voll gerecht werden. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte hat das Ziel, das zur Erfüllung der beruflichen Aufgaben der Zahnärzte notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Zahnärzten zu fördern. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte ist gewillt, diesen Grundforderungen in allen relevanten Bereichen der Gesellschaft zur Geltung zu verhelfen. Der ganze Berufsstand bleibt aufgerufen, bei der Verwirklichung dieser Ziele zusammenzuwirken.



**Freier Verband
Deutscher
Zahnärzte e.V.**

Wir lassen nicht locker