

# Zahnärzte für Niedersachsen e.V.

- Geschäftsstelle -  
Dr. Lutz Riefenstahl  
Breite Straße 2B  
31028 Gronau

Tel. : 05182 92170  
Fax.: 05182 921712  
lriefenstahl@zfn-online.de



## Antrag auf Vereinsbeitritt

Hiermit stelle ich den Antrag auf Beitritt zum Verein "Zahnärzte für Niedersachsen e.V." (ZfN) zum \_\_\_\_\_

_____		_____	
Ort, Datum		Unterschrift	
Titel: _____		Vorname: _____	
		Name: _____	
PLZ: _____		Ort: _____	
		Straße: _____	
Tel: _____		Fax: _____	
		Geb.-dat.: _____	
Mobilfunk: _____		E-Mail-Adresse: _____	

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige ich den Empfänger (Gläubiger-ID DE72ZZZ00000484061) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Diese Einzugsermächtigung ist Pflicht, bei einer beitragspflichtigen Mitgliedschaft zur Vereinsaufnahme. Sie kann dennoch danach jederzeit widerrufen werden. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen sollte, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zu einer Einlösung.

_____		_____	
Ort, Datum		Unterschrift	

## Beitragsordnung\*\*:

- Der Beitrag beträgt monatlich für
- O\* selbständige Zahnärztinnen(-e) \_\_\_\_\_ 16,00 EUR
  - O\* (in den ersten 2 Jahren nach Praxisgründung) \_\_\_\_\_ 8,00 EUR
  - O\* weitere Partner(-innen) in Gemeinschaftspraxen \_\_\_\_\_ 8,00 EUR
  - O\* nichtselbständige Zahnärztinnen(-e) \_\_\_\_\_ 8,00 EUR
  - O\* angestellte Zahnärztinnen(-e), Assistentinnen(-en) \_\_\_\_\_ 8,00 EUR
  - O\* Rentner(-innen) mit weiterer Praxistätigkeit \_\_\_\_\_ 8,00 EUR
  - O\* Rentner(-innen) nach Praxisaufgabe \_\_\_\_\_ beitragsfrei
  - O\* Studenten/-innen der Zahnmedizin (bitte Nachweis!) \_\_\_\_\_ beitragsfrei
  - O\* Zahnärzte/-innen für die ersten zwei Jahre nach Approbationserteilung  
Bitte Datum der Urkunde oder der letzten Prüfung hier eintragen:  
Datum: \_\_\_\_\_ beitragsfrei

(\*Zutreffende Einstufung bitte ankreuzen, und ggf. Datum eintragen.)

Konto Nr. 000451900  
IBAN: DE86 3006 0601 0004 5190 00

Deutsche Apotheker und Ärztebank Hannover

BLZ 300 606 01  
BIC: DAAEDEDXXX

Weitere Informationen unter [www.zfn-online.de](http://www.zfn-online.de)