

Den ausgefüllten Mitgliedsantrag per Fax an:

02 51/8 71 52 96

oder im Fensterumschlag an



Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten in Deutschland e.V.

BdZM e.V.  
Art Timmermeister  
Gescherweg 47

48161 Münster

Bundesverband der  
Zahnmedizinischen Studenten in  
Deutschland e.V.

1. Vorsitzender  
Art Timmermeister

Gescherweg 47  
48161 Münster

Tel.: 02 51/8 71 52 74  
Fax: 02 51/8 71 52 96  
Mobil: 01 72/5 25 22 54

mail@bdzm.de  
www.bdzm.de

# MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im BdZM (Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten in Deutschland e.V.).

## PERSÖNLICHE DATEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Fachsemester (für Studenten) \_\_\_\_\_

Unistandort (für Studenten und Assistenten) \_\_\_\_\_

Kammer/KZV-Bereich (für Zahnärzte) \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Speicherung meiner persönlichen Daten.**

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft für Zahnmedizinischen Studenten  
>> kostenlos

Mitgliedschaft für Assistenten  
>> Jahresbeitrag 50,00 €

Mitgliedschaft für Zahnärzte  
>> Jahresbeitrag 100,00 €

Mitgliedschaft für sonstige fördernde Mitglieder  
>> Jahresbeitrag ab 200,00 €

Ich bin Zahnmedizinischer Student oder möchte es werden – meine Mitgliedschaft ist kostenlos

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.

Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Spendenkonto des BdZM (Deutsche Bank Münster, Kto.-Nr. 0 210 955, BLZ 400 700 80).

Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der Zahnmedizinischen Studenten in Deutschland e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

BLZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
(wenn nicht wie oben angegeben)

Stempel \_\_\_\_\_