

**An den
Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.
Puccinistraße 2
66119 Saarbrücken**

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.
Der Mitgliedsbeitrag gemäß Beitragsordnung wird entsprechend meiner Angaben
(Zutreffendes bitte ankreuzen) im Einzugsverfahren von meinem Konto abgebucht.

- | | | | |
|--------------------------|---|------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Niedergelassene und angestellte Zahnärzte,
Vertreter, Berufs- und Zeitsoldaten | EUR | 45,00 / Quartal |
| <input type="checkbox"/> | Ausbildungsassistenten, Wehrpflichtige | EUR | 12,50 / Quartal |
| | Voraussichtliches Ende der Ausbildungs-/Dienstzeit: | | / |
| | | Monat | Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Zahnärzte im Ruhestand | | frei |
| <input type="checkbox"/> | Studierende der Zahnheilkunde | | frei |
| | Semester Nr. | | |

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 01.12. eingezogen. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag Ihres Kreditinstitutes.

Anschrift (Stempel), Tel., Fax, e-mail

Ort, Datum

Unterschrift

bitte wenden!!

**Verband der Zahnärzte im Saarland e.V., Puccinistraße 2, 66119 Saarbrücken,
Deutschland**

Mandat für den Einzug von SEPA – Basis - Lastschrift für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V., Puccinistraße 2, 66119 Saarbrücken, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE67ZZZ00000957220

Mandatsreferenz: (wird vom VdZiS vergeben)

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Verband der Zahnärzte im Saarland e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verband der Zahnärzte e.V. auf mein / unser 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.

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

Konto Nr. des Zahlungspflichtigen

Name des Kreditinstitutes und Bankleitzahl des Zahlungspflichtigen

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC

Ort, Datum und Unterschrift(en) des / der Zahlungspflichtigen

Meine E-Mail Adresse lautet: _____

Ihre Vorabankündigung:

Ihr Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 01.Dezember eingezogen. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag Ihres Kreditinstitutes.