

**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,<br>Vertreter, Berufs- und Zeitsoldaten | <b>EUR</b> | <b>45,00 / Quartal</b> |
| <input type="checkbox"/> | Ausbildungsassistenten, Wehrpflichtige  | <b>EUR</b> | <b>22,50 / Quartal</b> |
|                          | Voraussichtliches Ende der Ausbildungs-/Dienstzeit:                               |            | ..... / .....          |
|                          |   | Monat      | Jahr                   |
| <input type="checkbox"/> | Zahnärzte im Ruhestand  |            | <b>frei</b>            |
| <input type="checkbox"/> | Studierende der Zahnheilkunde .....   |            | <b>frei</b>            |
|                          | 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.**