



**VdZÄ e.V.**  
Verband der Zahnärztinnen

Büro: Amelie Stöber

Schuckertdamm 332  
13629 Berlin

# VdZÄ

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine/unsere Aufnahme in den

**VdZÄ e.V.** als

- ordentliches Mitglied
- alleinerziehendes ordentliches Mitglied
- studentisches Mitglied
- Vorbereitungs- und Weiterbildungs-Assistentin,  
Zahnärztin in Elternzeit sowie im Ruhestand
- Fördermitglied / natürliche Person
- Fördermitglied / juristische Person

1

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Website \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeiträge

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich für

- ordentliche Mitglieder € 175.–
- studentische Mitglieder € 15.–
- Vorbereitungs- und Weiterbildungs-Assistentin € 15.–
- alleinerziehende ordentliche Mitglieder € 88.–
- Fördermitglieder / natürliche Personen € 175.–
- Fördermitglieder / juristische Personen € 450.–

Die Mitgliedschaft gilt für ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch, wenn sie nicht bis zum 01.12. des laufenden Jahres für das kommende Jahr gekündigt wird.

### Zahlungsweg nach Eingang der Beitragsrechnung:

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag selbst
- Ich bitte um SEPA-Lastschrifteinzug von meinem Konto

in Höhe von \_\_\_\_\_

Ihre Bank \_\_\_\_\_

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

BIC (bei Auslandsgeldverkehr) \_\_\_\_\_

### Kontoverbindung des VdZÄ e.V.:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin

IBAN: DE48 3006 0601 0005 4348 83

BIC: DAAEDEDXXX

Die Satzung des VdZÄ e. V. ist mir bekannt.

Ort / Datum / Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_

Bitte vollständig ausgefüllt einsenden an:

VdZÄ e.V.

Büro: Amelie Stöber, Schuckertdamm 332, 13629 Berlin

Tel.: 030 / 6108 8214, Fax: 030 / 2639 1730 3246

www.vdzae.de, info@vdzae.de

**FOLGENDE FREIWILLIGEN ANGABEN  
WÄREN HILFREICH FÜR STATISTISCHE ERHEBUNGEN  
(anonymisierte Veröffentlichung)**

a) Haben Sie Kind/er? Wenn ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

b) Berufsausübung - wo sind Sie tätig?

- |   |                                      |                                     |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis   | <input type="checkbox"/> Labor       | <input type="checkbox"/> GP         |
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> Inhaberin   | <input type="checkbox"/> PG         |
| <input type="checkbox"/> angestellt     | <input type="checkbox"/> angestellt  | <input type="checkbox"/> BAG        |
| <input type="checkbox"/> Hochschule     | <input type="checkbox"/> Unternehmen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

c) Waren Sie in der Vergangenheit/sind Sie aktuell standespolitisch tätig? Wenn ja,

als: \_\_\_\_\_ Organisation: \_\_\_\_\_

6 **FAX: 030 / 26 39 17 30 32 46**