



## Antrag auf Mitgliedschaft in der berufspolitischen Gemeinschaft Zukunft für Zahnmedizin (ZfZ)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Emailadresse \_\_\_\_\_

Der Beitrag beträgt für niedergelassene oder angestellte Zahnärzte 120,- € jährlich.  
Mit der Zusendung von E-Mails und Infoschreiben an meine Adresse bin ich  
einverstanden.

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

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die berufspolitische Gemeinschaft Zukunft für Zahnmedizin, von  
meinem Konto Mitgliedsbeiträge bis auf Widerruf wiederkehrend einzuziehen.

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

Kto. Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

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

Bitte (wenn möglich) doppelseitig drucken und per Post an umseitige Adresse senden.

Zukunft für Zahnmedizin (ZfZ)

Geschäftsstelle ZfZ:  
c/o Dr. Ralf Hogrebe  
Ruhrstraße 16

59872 Meschede