



Dipl.-Stom. Angela Fuhrmann
Lessingstraße 18
15320 Frankfurt (Oder)

Fax: 0335/538 716

IHR MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Ja, ich möchte Mitglied werden
in der Gesellschaft für Kieferorthopädie von Berlin und Brandenburg e. V.

Titel

Vorname

Name

Straße, Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Fachzahnarzt/-ärztin für Kieferorthopädie

Weiterbildung zum/r Fachzahnarzt/-ärztin
für Kieferorthopädie

Beginn

Ende

Kieferorthopädisch interessierte/r Zahnarzt/-ärztin

Andere Fachdisziplin: _____

Ort, Datum

Unterschrift



BANKEINZUG

Der Jahresbeitrag von € 75,00 wird im Voraus per Bankeinzug erhoben.

Kontoinhaber

Geldinstitut

Kontonummer

IBAN

BLZ

BIC

Hiermit erteile ich der Gesellschaft für Kieferorthopädie von Berlin und Brandenburg e. V. die Erlaubnis, bis auf Widerruf die fälligen Jahresbeiträge im Lastschrift-Einzugsverfahren von meinem Konto einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift