



KFOBB
c/o Dr. Andrea Schulze
Schopenhauerstr. 36
14467 Potsdam

info@kfobb.de

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

Gesellschaft für Kieferorthopädie von
Berlin und Brandenburg e. V.



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